

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

EDUARDO TONOLE DALFIOR

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO BASEADO NO ENFOQUE DA POLÍTICA INSTITUCIONAL**

**Vitória
2014**

EDUARDO TONOLE DALFIOR

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO BASEADO NO ENFOQUE DA POLÍTICA INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Angélica
Carvalho Andrade

**Vitória
2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

D136a Dalfior, Eduardo Tonole, 1981-
Análise do processo de implementação de políticas de
saúde: Um estudo de caso baseado no enfoque da política
institucional / Eduardo Tonole Dalfior. – 2014.
126 f.

Orientador: Maria Angélica Carvalho Andrade.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Avaliação em saúde.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Análise qualitativa. I. Andrade,
Maria Angélica Carvalho. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

EDUARDO TONOLE DALFIOR

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO BASEADO NO ENFOQUE DA POLÍTICA
INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof^a Dr^a Elizabeth Artmann
Escola Nacional de Saúde Pública
Membro Externo

Dedico este trabalho a todos aqueles que
acreditam no Sistema Único de Saúde
brasileiro.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por todas as maravilhas que tem me concedido.

Ao meu companheiro, Eder, pelo apoio incondicional em todos os momentos desta caminhada. Seu apoio me deu forças para continuar chegar ao final desta etapa de crescimento pessoal.

Aos meus pais, Ademar e Luzia, que mesmo com todas as dificuldades sempre me incentivaram a seguir adiante e lutar pelos meus sonhos. A vocês, que de forma simples, me ensinaram os primeiros passos para que eu pudesse seguir o meu próprio caminho.

Aos meus familiares e amigos, que se fizeram presentes (mesmo quando eu me fiz ausente), incentivaram e torceram por mais essa conquista.

À minha querida orientadora, e a partir de agora amiga, Maria Angélica, profissional que aprendi a admirar a cada dia pela sua sabedoria e amor pelo que faz. Sem o seu apoio, cobrança e dedicação eu não teria chegado até aqui.

À professora Rita, que não mede esforços para levar adiante o programa de pós-graduação em saúde coletiva da UFES e que muito contribuiu para o meu trabalho.

À professora Elizabeth Artmann, pela gentileza com que aceitou participar da banca de dissertação e assim, contribuir com o enriquecimento do trabalho.

Aos meus queridos amigos e colegas de turma. Especialmente à Dani, Fernandinha, Débora, Taisa e Fernanda, Amanda, Cristina e Júlia, amigas que vou levar para o resto da vida.

A todos os professores do programa de pós-graduação em saúde coletiva, especialmente aos professores Túlio, Francis, Ana Cláudia e Maristela, pessoas que se dedicam com todo amor ao que fazem e nos contagiam com sua energia.

Aos colegas do grupo de Estudos NUPGASC pelas dicas e incentivo sempre muito oportunos.

À Sr.^a Joanna D'arc de Jaegher, ex-secretária municipal de saúde do município de Vila Velha/ES, por me proporcionar trabalhar e estudar quando tive que me mudar para Vitória. E também a atual secretária, Sra. Andréia Passamani B. Corteletti, que também me possibilitou conciliar o mestrado com o trabalho. Sem o apoio de vocês não seria possível concluir esta etapa.

Aos profissionais de saúde e gestores do município de Venda Nova do Imigrante que participaram das entrevistas. Sem o apoio de vocês não seria possível alcançar os objetivos deste trabalho.

RESUMO

O processo de implementação de políticas públicas tem se apresentado como o elo perdido da ação governamental. Apesar da importância desse processo, esta etapa carece de métodos de análises que deem conta de sua complexidade como forma de lhe garantir uma posição chave dentro do ciclo da análise de políticas públicas. A partir da adaptação do referencial da política institucional, proposta pelo grupo Francês Strategor, que analisa uma instituição sob quatro determinantes – estratégia, estrutura, decisão e identidade-, este estudo propõe-se a analisar o processo de implementação de uma política municipal de saúde voltada para Hipertensos e Diabéticos no município de Venda Nova do Imigrante/ES, avaliada como uma estratégia exitosa. Como resultado, esse estudo evidenciou que o processo exitoso de implementação da política avaliada pautou-se numa decisão participativa e colegiada, no reconhecimento e valorização da autonomia profissional e na discussão democrática. Além disso, a estrutura institucional analisada proporcionou uma coordenação menos normativa, que favoreceu momentos de encontro entre o núcleo estratégico e os centros operacionais, rompendo com a excessiva verticalização das estruturas tradicionais. A análise do determinante identidade demonstrou uma apropriação dos valores e da missão institucional e um importante envolvimento dos atores, indicado pelo fortalecimento de parcerias e sinergias internas. A estratégia de implementação dessa política municipal mostrou-se potente no sentido de inverter a lógica do modelo de atenção, dentro de um processo de aprendizado, sendo este o grande diferencial competitivo de sucesso da instituição. A partir desses resultados, o referencial de Strategor se afirma como importante método de análise do processo de implementação, além de sua potência para indicar questões que colaborem para garantir à etapa de implementação uma posição de destaque dentro do ciclo da política pública.

Palavras-Chave: Políticas públicas de saúde; Avaliação em saúde; Análise qualitativa; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The process of implementation of public policies has emerged as the missing link of government action. Although some studies recognize the importance of this process, this is still a poor stage of analysis methods that give account of its complexity as a way to guarantee him a key position within the public policy analysis cycle. From the adaptation of the institutional policy framework proposed by the French group Strategor, which analyzes an institution under four determinants - strategy, structure, decision and identity -, this study investigates the process of implementing a municipal health policy focused on Hypertensive Diabetics in the city of Venda Nova do Imigrante/ES, evaluated as a successful strategy. As a result, this study showed that the process of policy implementation must be participatory and collegiate decision, with recognition and appreciation of professional autonomy and democratic discussion. Pointed out that the institutional structure should provide a less normative coordination that allows moments of encounter between the core strategic and the operational centers, breaking with the traditional vertical structures. The identity pointed to an appropriation of values and institutional mission and involvement of actors indicating strengthening internal synergies and partnership. The implementation strategy for this municipal policy was considered potent to reverse the logic of the model of care in a learning process, which is the main competitive advantage of success. From these results the Strategor referential proved have potential to analyze this implementation the process indicating matters that collaborate to ensure the implementation stage a prominent position within the public policy cycle.

Keywords: Health Public Policy; Health Evaluation; Qualitative Analysis; Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento;

DANTs – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde;

DM – Diabetes mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

IBEG – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMAQ – Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PMS – Plano Municipal de Saúde

SEMUS/VNI – Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante

SESA/ES – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde;

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ABORDAGEM TEÓRICA	17
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	17
2.2 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	20
ARTIGO 1 - ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: O ELO PERDIDO DA AÇÃO GOVERNAMENTAL	22
2.2 DETERMINANTES DA POLÍTICA INSTITUCIONAL COMO MÉTODO DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	47
ARTIGO 2 - MÉTODO DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE BASEADA NOS DETERMINANTES DA POLÍTICA INSTITUCIONAL	48
3 OBJETIVOS	74
3.1 OBJETIVO GERAL	74
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	74
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	75
4.1 O CONTEXTO DA PESQUISA	75
4.2 O ENFOQUE DO ESTUDO.....	77
4.3 COLETA DE DADOS	78
4.4 DESENHO DO MÉTODO.....	80
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	82
5.1 O PROCESSO DECISÓRIO NO CONTEXTO MUNICIPAL.....	83
5.2 A ESTRUTURA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	93
5.3 A IDENTIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	95
5.4 A FORMAÇÃO DA ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO	97
5.5 PRINCIPAIS FACILIDADES E DIFICULDADES NA VISÃO DOS ATORES	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7 REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICES.....	121
APÊNDICE A.....	121
APÊNDICE B.....	122
ANEXOS	123
ANEXO 1.....	123
ANEXO 2.....	124

1 INTRODUÇÃO

A política do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, que deu formato legal às reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, desencadeadas no Brasil a partir da década de 1960, que teve forte articulação na década de 1970 com a agenda política do movimento, até 1990, quando, finalmente, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8.080/90). Essa política baseia-se na integralidade, resolutividade da assistência, universalidade do acesso e igualdade do atendimento, na racionalização dos recursos e otimização de resultados, e no controle social (ESCOREL et al., 2008).

A política de saúde é parte integrante da política social, que comporta o modelo de proteção social, e, segundo Viana e Baptista (2009, p. 65) é definida politicamente, numa atribuição de direitos e deveres legais dos cidadãos. Tais direitos incidem na transferência de dinheiro e serviços e objetivam compensar condições de necessidade e risco para os cidadãos que gozam desse direito, e que não conseguem ter acesso a esses mesmos bens com os seus próprios recursos e/ou dotes individuais.

Para essas mesmas autoras, proteção social é a ação coletiva de proteger cidadãos contra riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes modelos históricos e relacionadas com diversas situações de dependência. Os sistemas de proteção social originaram da necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. A formação de sistemas de proteção social é resultado da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doenças, velhice, invalidez, desemprego e exclusão.

A conformação da política do SUS como resultado das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária sofreu interferência dos determinantes internos e externos que culminaram na sua construção. Do nível federal ao municipal (local), as políticas públicas são fruto das decisões tomadas pelos atores envolvidos nesta construção. Essa construção sofre influência dos interesses públicos e privados, pois considera fatores econômicos, sociais,

estruturais, entre outros (ANDRADE, 2009; FLEURY; OUVÉRY, 2009; VIANA; BAPTISTA, 2009).

Frente a essa constatação, os gestores municipais do SUS precisam ter clareza da complexidade de implantar e operacionalizar as políticas prioritárias do SUS, já que também, em nível municipal, as forças e poderes favoráveis, ou contrários às políticas de saúde se fazem presentes (PAIM, 2012). Nessa perspectiva, um grande desafio diz respeito à implementação de políticas públicas de saúde.

A gestão de serviços de saúde é uma prática complexa em função da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos que nem sempre são convergentes (TANAKA; TAMAKI, 2012). Com a descentralização da gestão do SUS, do nível federal para o municipal, essa complexidade torna-se mais evidente, uma vez que os municípios brasileiros, especialmente, em municípios pequenos, apresentam singularidades, assim como modelos de gestão diferenciados.

Para Vilasboas (2006), as práticas de planejamento no campo da saúde agiram sobre a organização de práticas, de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde.

Nesse sentido, o planejamento no setor saúde adquire maior importância, no decorrer da consolidação do SUS, uma vez que a saúde envolve questões mais complexas, pois nela integram distintos atores como: organizações populares, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais (BRASIL, 2009).

Segundo Paim e Teixeira (2006), a implementação de uma política pública de saúde exige sua tradução numa política institucional, conceituada como a resposta social (ação ou omissão) de uma instituição diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, e que expressa dimensões de poder e de diretrizes.

Com a implementação do SUS, apesar do aumento da capacidade gerencial dos municípios, sua complexidade de conformação traz restrições que podem explicar a limitada incorporação do planejamento à formulação de políticas de

saúde (VILASBOAS; PAIM, 2008). Ainda segundo esses autores, para alcançar os objetivos pactuados nas instâncias governamentais do SUS, não há estudos que revelem a contribuição do planejamento no modo de conduzir ações de saúde.

Importante ressaltar que o planejamento sempre esteve presente na história da humanidade, desde que os ancestrais acumulavam alimentos para enfrentar as estações de inverno (RIVERA; ARTMANN, 2012). No entanto, ao abordar o planejamento em saúde como apoio ao processo de implementação de políticas, Vilasboas (2006) afirma que esse, de modo geral, restringe-se ao desenho de planos, sem que o planejamento seja incorporado à vida institucional. Ou seja, em certos casos, o desenho de planos visa atender a burocracias e determinações legais, sem que de fato resulte em uma aplicabilidade prática.

Estudos sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil destacam as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, fortemente induzidas pelo governo federal, mediante mecanismos de transferências de recursos em função da adesão a uma política (ARRETCHE, 2003, MARQUES; MENDES, 2003).

Apesar desses achados e considerando a necessidade institucional de organizar um número variado de ações de saúde, com o objetivo de cumprir os princípios constitucionais, admite-se que, inicialmente, em experiências municipais bem sucedidas quanto à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, haveria o exercício de práticas de planejamento para implementar políticas de saúde (VILASBOAS, 2006).

A municipalização, decorrente da descentralização do SUS, fez do município o principal espaço para implementação das políticas de saúde, no entanto, observa-se que a conformação de cada um dos cenários locais influencia a extensão da implantação das políticas de saúde e sua efetividade (SOLLA, et al., 2010). Paralelo a este processo, ampliou-se o debate sobre as concepções teóricas e propostas metodológicas da área de planejamento em saúde no âmbito acadêmico, com destaque para diversos trabalhos realizados por pesquisadores de várias instituições acadêmicas do país, o que culminou num grande número de proposições conceituais e metodológicas de planejamento,

programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde (TEIXEIRA; JESUS, 2010).

Apesar da complexidade no processo de implementação de políticas de saúde, podem ser identificadas experiências exitosas, que levam alguns municípios a se sobressair no cenário nacional. O município de Venda Nova do Imigrante/ES se destacou nesse contexto, quando, em 2011, recebeu reconhecimento do Ministério da Saúde e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) como uma experiência exitosa na implementação da política voltada para hipertensos e diabéticos, comumente chamada de Hiperdia, devido aos resultados alcançados.

A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo, no ano de 2002 era de 31,3 para cada 10.000 habitantes de 30 a 59 anos. Em 2006 essa taxa caiu para 7,93, uma redução considerável, que contribuiu para o reconhecimento do município junto ao MS e ao BID.

Nesse sentido, esta pesquisa propõe-se a contribuir para o debate dessa temática, a partir de um estudo de caso único que analisa o processo de implementação da política do Hiperdia no município de Venda Nova do Imigrante/ES.

Do ponto de vista metodológico, busca-se aprofundar a discussão sobre a importância de se compreender os processos de implementação de políticas públicas, assim como trazer um novo enfoque de análise desse processo, por meio da utilização dos determinantes da política institucional de Strategor para analisar esse processo de implementação, em nível municipal/local.

Do ponto de vista teórico, propõe-se, por meio dos relatos e verificação documental no período analisado, realizar uma reflexão sobre os determinantes da política institucional, que possam ser identificados nesse processo. Além disso, objetiva contribuir para um aprofundamento sobre a análise da implementação de políticas públicas, uma vez que a etapa aponta para questões cruciais, que explicam os insucessos dos governos em atingir os objetivos definidos na elaboração e definição da política, além do fato de essa etapa ser entendida como aquela do processo da política em que as ações são postas em prática pelos seus implementadores, especialmente em nível local (PEREZ, 2006).

Cabe aqui destacar que, embora análise e avaliação de políticas públicas explorem o mesmo objeto central (a política pública), esses não são sinônimos e devem ser tratados de forma distinta para não gerar conflito (SILVA; MELO, 2000). Desta forma isso deve ser investigado/aprofundado. Assim, discutir a experiência vivenciada pelo município, identificando os determinantes da política institucional que estiveram presentes no processo de implementação, poderá servir de base para o fortalecimento de outras políticas de saúde.

Esta pesquisa traz uma abordagem sobre as políticas públicas de saúde e seus conceitos. Após são apresentados, em formato de artigo, as principais abordagens teóricas deste estudo. No primeiro artigo é apresentada uma discussão sobre o processo de implementação de políticas de saúde. O segundo artigo trata do referencial teórico de análise do processo de implementação de política públicas baseado no referencial Strategor. Em seguida são apresentados os objetivos, a metodologia de análise, o contexto da pesquisa, resultados e discussão dos dados e as considerações finais.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde devem ser tratadas como parte integrante da política social, já que estão voltadas para os indivíduos e as coletividades. São realizadas por diferentes instituições públicas e privadas para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos (FLEURY; OUVENEY, 2009; VIANA; BAPTISTA, 2009).

Antes de adentrar no âmbito das políticas de saúde é necessário abordar a própria concepção de política. Há um grande número de definições sobre política pública, algumas mais complexas, mas que são relevantes para trazer um olhar mais amplo sobre o entendimento desse assunto. Segundo Bobbio apud Viana e Baptista (2009), política diz respeito a tudo aquilo que se refere à cidade e ao cidadão (urbano, civil, público, sociável e social). Nesse sentido, para este autor, a política atual é vista como uma ciência do Estado, ou ciência política, passando a indicar o conjunto de atividades que têm como termo de referência o Estado. Desse modo,

[...] a política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições: uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito como da cooperação, em que serão mediados valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos. Por essa razão, o conceito de política está estreitamente relacionado ao de poder (BOBBIO apud VIANA; BAPTISTA, 2009, p.67).

Ainda na perspectiva do conceito de política, Thomas Dye (1972) definiu política pública como “aquilo que o governo escolhe fazer ou não” e Willians Jenkins (1978) como um conjunto de decisões tomadas por atores políticos, ou grupos de atores, em relação a metas e recursos para se atingir determinada situação. Os problemas são introduzido nesse conceito com James Anderson (1984) ao afirmar que a política pública é o curso de uma ação proposta por um ator, ou grupo de atores, para solução de um problema, ou uma questão de interesse (dos atores), indicando que não apenas problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais (VIANA; BAPTISTA, 2009, p. 68).

Para Bobbio, Matteuci e Pasquito (1998), a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que exprimem a direção da política do Estado e regulam as atividades do governo relacionadas às atividades de interesse público, operando e difundindo sobre a realidade econômica, social e ambiental.

Para esses mesmos autores, as políticas públicas são sempre variáveis e dependem da diversidade econômica, da natureza do regime social, da visão que os governantes têm do papel do Estado e com os diferentes níveis de atuação dos grupos sociais, como partidos, sindicatos, associações de classe, entre outros. Diante dessa abordagem, fica clara a ideia de política de Estado e de interesse político, já que o Estado existe em função do interesse da sociedade e será a expressão daquilo que a sociedade anseia dele. Logo, falar de política pública é falar de Estado, é falar de pacto social, de interesses e também de poderes. Discutir políticas públicas é falar de Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2009).

Em todas as abordagens conceituais sobre política citadas, fica evidente a noção de poder. Rodrigues (2010) apresenta em seus estudos alguns conceitos de poder definidos por autores como Robert Dahl, Max Weber. Para esses autores o conceito de poder é destacado, como a capacidade de influenciar alguém a fazer algo que, de outra forma, ele/ela não faria. Já na perspectiva moderna, inspirada na obra de Max Weber, poder é a probabilidade de um ator social (a burocracia, por exemplo) levar adiante sua vontade, apesar das resistências que ela enfrenta, isto é, mesmo que esta esteja em oposição à vontade do outro. Para Weber o conceito de poder está dentro do contexto de estruturas organizacionais, enquanto Dahl localizou sua discussão dentro das fronteiras de uma comunidade real. De posse da abordagem dada por Dahl, quem exerce o poder político conta com a obediência de um determinado grupo de pessoas.

No sentido social, que trata da relação com a vida do homem em sociedade, Bobbio, Matteuci e Pasquito (1998), entendem que o poder pode ir desde a capacidade geral de agir, até à capacidade do homem em influenciar o

comportamento do homem, sendo denominado de poder do homem sobre o homem. Nesse sentido, o homem não é só o sujeito, mas também o objeto do poder social. Para esses autores, poder social trata-se da capacidade de um governo dar ordens aos cidadãos. Assim, a elaboração e implantação de uma política é fruto da análise política realizada pelos portadores do poder envolvidos na sua construção, e levam em consideração as formas de intervenção adotadas pelo Estado, sua relação com os interesses públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade. Num regime de Estado democrático, como é o caso brasileiro, as instituições de governo são mais ou menos sensíveis às demandas da população, sendo as características do Estado que permitirão maior ou menor influência dos indivíduos e grupos no processo de tomada de decisão, se definindo em processos políticos mais ou menos democráticos (VIANA; BAPTISTA, 2009).

A análise de políticas públicas é um novo campo de estudos que apresentou maior crescimento na década de 1980, voltado para analisar as relações entre governo, governantes e cidadãos. Numa definição mais ampla, a palavra governo se aproxima do estado moderno, e não diz respeito apenas ao conjunto de pessoas que detêm o poder político e que determinam a orientação política de determinada sociedade, diz respeito também aos órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder (VIANA; BAPTISTA, 2009). Para Levi apud Viana e Baptista (2009), o governo constitui um aspecto do estado. Segundo o mesmo autor, entende-se por governantes, o conjunto de pessoas que governam o estado.

O estudo voltado para as políticas públicas, no âmbito da saúde coletiva, envolve perspectivas de conhecimento e orientação de ações, e a formulação de políticas de saúde. Na área da saúde coletiva, há duas grandes vertentes de análise das políticas de saúde, sendo uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde nos distintos países e no Brasil, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e à satisfação de suas necessidades básicas de saúde (COHN, 2009).

Em geral, seria simples pensar que toda política de saúde visa melhorar as condições sanitárias da população, no entanto, existem outros interesses que

implicam nos rumos e no formato das políticas de saúde. Ressalta-se que a construção de uma política perpassa pelos interesses envolvidos no âmbito do poder (COHN, 2009) e envolve aspectos políticos, sociais e econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, que implicam na sua conformação num momento definido, sendo difícil isolar a participação de cada um deles. A política de saúde se encontra na interface entre estado, sociedade e mercado. Nessa interface, permeiam-se interesses, obrigações e necessidades de cada um desses campos, que implicam em um maior ou menor peso na definição das políticas (FLEURY; OUVENEY, 2009).

Pode-se concluir que a compreensão das políticas de saúde abrange tanto debates teóricos, fortemente pautados na categoria das ciências sociais (sociologia, ciência política, economia, história, etc.), como a ação concreta de atores, grupos sociais e organizações, na construção de relações, processos e instituições. Compreender essa correlação permite saber o que se pretende fazer, quanto como fazê-lo. Os sistemas de proteção social, e dentre esses, o de proteção à saúde, são dinâmicos e interagem com as transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, democráticas, entre outras, o que exige uma constante mobilização e reestruturação para consolidar o seu papel na reprodução social e na garantia do bem-estar das populações (FLEURY; OUVENEY, 2009).

2.2 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

A análise de políticas públicas se fundamenta de forma clássica na fragmentação do processo da política em cinco etapas ou ciclos que compreendem a formação da agenda, a formulação da política, o processo decisório, a implementação e a avaliação. Os analistas enfocam maior atenção para as etapas iniciais, ou seja, de construção da agenda e de formulação da política, ou a avaliação final da política, discutindo se os objetivos iniciais resultam em ajustes no rumo da política, sua conclusão ou descontinuidade. A etapa de implementação tem sido reconhecida como um “elo perdido” desse processo de análise, pois não tem sido tratada com prioridade e profundidade, especialmente pelos governos (SILVA; MELO, 2000). O que justifica o

aprofundamento e importância de se analisar essa etapa é o fato de que, nesta etapa, a política é posta em prática pelos seus implementadores, sofrendo, portanto, influências (internas e externas), disputas de poder, o que pode resultar no sucesso ou insucesso da política pública.

ARTIGO 1 - ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: O ELO PERDIDO DA AÇÃO GOVERNAMENTAL

ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF POLICY HEALTH IN PRIMARY CARE: THE MISSING LINK OF GOVERNMENTAL ACTION

Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em: 13 de abril de 2014.



Seu trabalho **Análise de implementação de políticas de saúde na atenção básica: O elo perdido da ação governamental** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção. Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

RESUMO

O artigo trata da implementação de políticas enquanto o 'elo perdido' da ação governamental. Parte da reflexão sobre o ciclo da política pública, onde se discute, de forma específica, a etapa da implementação como aquela em que as ações são postas em prática. Embora a literatura apresente consenso sobre a importância da etapa da implementação, algumas questões são levantadas no sentido de esclarecer o que colabora para que ela ainda se constitua nesse 'elo perdido'. Conclui-se que analisar o processo de implementação é complexo, sendo necessário desenvolver métodos que confira a ele posição de destaque dentro da análise de políticas públicas, como o caminho para fortalecer a ação governamental.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de serviços de saúde; Atenção básica à saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The article deals with the implementation of policies as the 'missing link' of government action. Part of the reflection on the cycle of public policy, where we discuss specifically the implementation stage as one in which the actions are implemented. Although the literature presents consensus on the importance of the implementation stage, some issues arise in attempting to clarify what contributes to it still constitutes the 'missing link'. We conclude that analyzing the implementation process is complex and it is necessary to develop methods that grant him a prominent position within the policy analysis, as the way to strengthen government action.

KEYWORDS: Health Services Evaluation; Primary Health Care; Health Policy.

INTRODUÇÃO

A implementação de uma política pública de saúde exige sua tradução numa política institucional, conceituada como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, e que expressa dimensões de poder e de diretrizes (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A municipalização, decorrente da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), fez do município o principal espaço para implementar as políticas de saúde. A conformação de cada um dos cenários locais influencia a extensão da implementação e sua efetividade (SOLLA, 2010).

Estudos sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil destacam as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, fortemente induzidas pelo governo federal, mediante mecanismos de transferências de recursos em função da adesão a uma política (ARRETCHE, 2003, MARQUES; MENDES, 2003).

Dada à amplitude territorial do Brasil, tal como a complexidade dos territórios em assumir o comando das ações de saúde descentralizadas nos últimos anos, as políticas prioritárias que são definidas em nível da macrogestão do governo, precisam passar por um amplo processo de aceitação ou rejeição por parte dos agentes que farão a implementação dessa política em nível local. Assim, a análise desse processo de implementação torna-se fundamental para

compreender por que algumas políticas são mais ou menos eficientes que outras.

O objetivo deste artigo é destacar alguns dos dilemas e aspectos problemáticos nas concepções e ideias sobre o processo de implementação de políticas de saúde. Enfatizam-se, também, as dificuldades na análise de políticas públicas em nível local, sem considerar algumas possibilidades de intervenção no movimento real do processo de implementação. Para a abordagem teórica da temática, considerou-se necessária apresentação e reflexão sobre alguns aspectos das políticas públicas, da análise das políticas públicas e do processo de implementação de políticas públicas, a partir do campo da produção de conhecimentos, no âmbito da saúde coletiva.

POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas interferem diretamente com a vida dos cidadãos e profissionais e estão sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, em decorrência de muitos interesses envolvidos na determinação dos rumos e formato das políticas públicas (FLEURY; OUVRENEY, 2008).

O debate acerca da temática das políticas públicas no campo da saúde coletiva tem sido realizado a partir de diferentes perspectivas e a primeira questão a ser considerada é sua historicidade. Nesse sentido, Souza (2006) aponta que não existe uma forma única ou mais apropriada para se definir políticas públicas, e, para isso baseia-se nas definições tradicionais de alguns autores como Mead, Lynn, Peters e Dye, que se dedicam a esse estudo. Para estes autores, segundo Souza (2006), política pública é definida como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, afirmando-a como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Nesse sentido, política pública é entendida como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por meio de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, é o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Atualmente, boa parte da literatura entende a política pública como uma ciência do Estado, ou ciência política, e passa a indicar o conjunto de atividades que têm como termo de referência o Estado (BOBBIO apud VIANA; BAPTISTA,

2009). Nesta perspectiva, a política deve ser compreendida de forma mais ampla, uma vez que contempla o que o Estado faz (sua dimensão facilmente percebida), bem como também aquilo que ele deixa de fazer, refletindo o comportamento dos atores que atuam nesse processo (SERAFIM; DIAS, 2012). Claramente, a política pública se expressa como um fenômeno complexo, que envolve uma série de decisões tomadas por pessoas e organizações dentro do governo, mas influenciadas por outras entidades que operam dentro ou fora do Estado (HOWLETT et. al apud CONTARATO, 2011). Dessa forma, a política pública é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições, sendo compreendida como uma atividade sobre a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, não havendo separação entre conflito e cooperação, onde são mediados os valores e as opiniões divergentes, as necessidades e os interesses. É nesse sentido que a política é entendida como tudo aquilo que diz respeito à cidade e ao cidadão urbano, civil, público, sociável e social e seu conceito estritamente relacionado ao poder (BOBBIO apud VIANA; BAPTISTA, 2009).

Um referencial estratégico de investigação sobre o poder é desenvolvido por Bobbio, Mattuci e Pasquito (1998), que entendem que o poder pode ir desde a capacidade geral de agir, até a capacidade do homem em influenciar o comportamento do homem.

No panorama atual das políticas públicas, as definições e conceituações mostram-se bastante diversas, mas, nesse ponto é possível assinalar que falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e também de poder. Falar de política é, ainda, falar de Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2009). É nesse ponto de análise, onde reside a relação entre os diversos sentidos de política pública com a percepção que se tem do Estado (SERAFIM; DIAS, 2012), que reconhece a política pública como um objeto sobre o qual se lança um olhar que permite refletir sobre os diferentes interesses, cultura, poder e disputas (LACLAU apud LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Ressalta-se ainda que a ação dinâmica e multidirecionada da política pública e o processo de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política têm se constituído em objetos principais de análise, cujos objetivos

consistem em questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (VIANA; BAPTISTA, 2009), cada vez mais, atraindo a atenção de diversos grupos, dentre esses gestores e pesquisadores, que procuram compreender as diversas formas assumidas na relação Estado-Sociedade (SERAFIM; DIAS, 2012).

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A análise de políticas públicas coloca em questão a ação pública do Estado, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências. Ao revelar os princípios políticos e ideológicos que norteiam a ação estatal, o tipo de relações estabelecidas entre os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política, a análise de políticas pública possibilita maior transparência acerca do padrão político e decisório adotado pelo Estado (VIANA; BAPTISTA, 2009).

A análise de políticas públicas, de acordo com Labra (1999), consiste em um campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo grande conhecimento teórico e de dados empíricos suficientes para que possa entender e explicar o que fazem os governos, como e por que o fazem. É clara a ideia que se trata de um assunto vasto e difícil de condensar e numerosos fatores corroboram para isso, dentro os quais se destacam as constantes mudanças das bases conceituais das formalizações, sendo preciso descrever novas variáveis, “à medida que os sistemas políticos e as sociedades se tornam mais complexos e se interpenetram por forças da transnacionalização das economias, da mundialização dos problemas sociais causados pelo atual padrão de acumulação capitalista e pelos acelerados avanços tecnológicos” (LABRA, 1999, p.02).

Os estudos sobre análise de políticas iniciaram-se nos Estados Unidos, a partir de 1960, com a consolidação de programas de combate a pobreza, embora já se desenvolvessem pesquisas desde os anos 1950, com o uso de enquetes e da análise estatística, numa perspectiva multidisciplinar, envolvendo as ciências sociais (PEREZ, 2006). Posteriormente, surgiu um novo campo definido como *public policies*, *policy studies* ou *policy science*, traduzido para o Brasil apenas como análise de políticas públicas, voltado para analisar as

relações entre governos, governantes e cidadãos. A preocupação com a explicação do processo político e a identificação de etapas distintas neste processo surgiu, de acordo com Baptista e Rezende (2011), de forma paralela ao desenvolvimento do próprio campo de análise da política, num contexto de busca de racionalização do Estado e da política pública.

No Brasil, os estudos de análise da política pública apresentam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento (VIANA; BAPTISTA, 2009). Segundo Labra (1999), no âmbito nacional, cada problema objeto de decisões e de resolução política, resulta de um conjunto de fenômenos que se traduzem num processo de crescente setorialização, comportamentalização, de segmentação das políticas públicas e de tecnificação das decisões e de diversificação dos interesses envolvidos. A própria natureza da área política influi nas variáveis e dimensões relevantes para sua análise. Nesse contexto, não se pode dizer que exista um modelo acabado ou consensual para o estudo do processo de produção de uma determinada política, mas variadas correntes de pensamento ou abordagens que em muito contribuem para adicionar nossas revisões sobre o tema.

Dentre os principais modelos de formulação e análise de políticas públicas desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, o método clássico é o ciclo da política, que divide o processo de uma política em etapas ou fases. Esse método originou-se de Harold Laswell, em 1951, num contexto onde a construção das políticas públicas era entendida a partir de uma lógica simples e linear, restrita ao âmbito governamental, e sem considerar o fato de o processo político e decisório ser um processo contínuo, interativo e complexo (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Posteriormente, outros analistas da política desenvolveram seus estudos, trazendo contribuições e sugerindo novos modelos, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas ‘fazedoras da política’; dos atores participantes desse processo de ‘fazer’ políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA. 1996).

Embora existam várias propostas de divisão do ciclo político, de um modo geral, são identificadas cinco etapas: 1) construção da agenda; 2) formulação

de políticas; 3) processo decisório; 4) implementação de políticas e; 5) avaliação de políticas (NAJBERG; BARBOSA, 2006, VIANA; BAPTISTA, 2009, RIBEIRO, 2009). O ciclo da política pública considera o processo político como algo dinâmico, organizado no tempo e composto por etapas bem demarcadas e que permite, inclusive, possibilidades de aprendizagem com o próprio dinamismo do processo. Nesse sentido, a valorização deste modelo deve-se ao fato dele permitir estudar detalhadamente as diversas etapas envolvidas num processo político, e compreender como, em cada uma dessas etapas, as relações de poder, os processos decisórios e as relações entre os atores determinam as práticas político-administrativas (RIBEIRO, 2009).

Neste modelo, prevalece a ideia de que “uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política” (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p.141). Para estas autoras, a possibilidade de perceber que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos e possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político talvez seja a principal contribuição da ideia do ciclo da política.

Segundo Baptista e Rezende (2011), apesar das críticas ao modelo (caráter funcionalista, racional e que tenta manter o controle sobre o processo político), o estudo dessas diferentes etapas da política ainda se apresenta como um recurso didático-metodológico importante para abordar a complexidade do processo de análise de políticas públicas e de referência no debate acadêmico. Na perspectiva do ciclo da política, a primeira etapa constitui-se no momento de construção da agenda política, que trata da inclusão de um problema na relação de prioridades do poder público (MORAES, 2012). No âmbito da saúde, os problemas são socialmente construídos, ou seja, expressam “demandas de grupos sociais que conseguem, de algum modo, apresentar suas questões de maneira organizada e sensibilizar outros grupos para atender suas reivindicações” (PINTO et al., 2014, p.71).

Nessa perspectiva, os problemas se apresentam de maneira distinta e também ganham a atenção dos governos de modo diferenciado. Além disso, Baptista e

Rezende (2011) afirmam que os formuladores de políticas não conseguem atuar em todos os problemas o tempo todo e que apenas alguns temas são capazes de atrair a atenção dos formuladores e entrar na agenda decisória.

Um problema é considerado prioritário para integrar a agenda decisória quando mobiliza a ação política de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder, quando constitui uma ação de crise, calamidade ou catástrofe, ou quando representa uma situação de oportunidade. (VIANA; BAPTISTA, 2009).

A definição da agenda consiste no espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos (VIANA; BAPTISTA, 2009; CARVALHO et al., 2010; SERAFIM; DIAS, 2012).

Porém, a passagem de um problema para a agenda não é, por si só, um requisito definitivo para se elaborar uma política pública a fim de solucioná-lo.

Para atingir o *status* de agenda decisória de governo, um assunto ou tema precisa, de acordo com Pinto et.al. (2014), ser alvo de atenções e envolver a interação de uma série de elementos complexos, que incluem os participantes ativos (governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais os problemas ganham prioridade. Esses processos, de acordo com Kingdon apud Baptista e Rezende (2011), incluem uma combinação de fluxos independentes que atravessam as estruturas de decisão – o fluxo de problemas (*problem stream*), o fluxo de soluções e alternativas (*policy stream*) e o fluxo da política (*politics stream*). Em algum momento, estes fluxos convergem criando ‘janelas de oportunidade’ (*policy windows*), que possibilita a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes. Destaca-se, aqui, o papel dos empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) em promover determinadas propostas políticas. É nessa etapa da conformação da agenda que os conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão estão sujeitos às influências daqueles que detêm o poder. Nesse sentido, um aspecto importante observado por Pinto et. al. (2014) diz respeito ao fato de que em alguns casos, o entrelaçamento dos fluxos que promoveram a abertura da ‘janela de oportunidade’ para a tomada de decisão e formulação de uma política não é suficiente para garantir a implementação da proposta, seja pelo acirramento de conflitos entre os diversos grupos de interesse, seja pela ausência de convencimento dos que se opõem à proposta.

Seguindo a perspectiva do ciclo da política, a etapa seguinte à entrada do problema na agenda decisória de governo é a formulação da política, ou seja, o momento no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações (BAPTISTA; REZENDE, 2011, PINTO et al., 2014). Uma vez que o governo reconhece a existência de um problema e a necessidade de fazer algo sobre ele, os *policy makers* (fazedores de política), com base nas várias opções disponíveis para enfrentar o problema, precisam decidir ou não sobre um curso de ação. Inicia-se assim o processo de formulação da política pública (SERAFIM; DIAS, 2012). É na etapa de formulação que as opções são aceitas ou rejeitadas. É a tomada de decisão que abarca o processo de escolha, pelo governo, de soluções específicas, ou seja, é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (VIANA; BAPTISTA, 2009). Após a formulação da política, estão dadas as condições para a tomada de decisão, que abarca o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação. O resultado dessas etapas constitui-se na formalização das decisões por meio de medidas administrativas do legislativo (leis), do executivo (decretos, medidas provisórias e resoluções), e do judicial (interpretação das leis, entre outros), sendo essa a fase final do processo decisório (SERAFIM; DIAS, 2012).

Essas três primeiras etapas são importantes no ciclo da política, pois nelas irão ser definidos os princípios e diretrizes que nortearão as ações, e desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (PINTO et al., 2014). No processo de formulação e decisão, segundo Viana e Baptista (2009), ainda há conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas, o que explicaria muitas decisões serem adiadas para a etapa de implementação.

Dando continuidade ao ciclo da política, a etapa de implementação é, de acordo com Baptista e Rezende (2011), a fase administrativa da política e envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros e, segundo Viana (1996), acontece num

espaço administrativo, por meio de um processo racionalizado de procedimentos e rotinas. Nesse sentido, a depender da complexidade e detalhamento na formulação da política, há necessidade de adequar a política à realidade, por parte dos atores implementadores, transformando as intenções em resultados observáveis. Por isso, essa etapa é considerada o momento de se colocar uma determinada solução em prática, de executar, dirigir, administrar, sendo, portanto, tratados como sinônimo de implementar (MENY; THOENIG apud NAJBERG; BARBOSA, 2006).

Contudo, não se deve concluir que a etapa de implementação é meramente uma etapa administrativa, pois envolve uma multiplicidade de questões estratégicas, políticas, interesses e atores. Nesse momento, “uma definição feita na etapa de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas” (VIANA; BAPTISTA, 2009, p.77).

Tal como as conceituações sobre análise de políticas públicas, o processo de implementação de políticas também apresenta uma multiplicidade de concepções na literatura dedicada ao tema (PEREZ, 2006), apontando para a multideterminação e complexidade (THOENING, MACLAUGLIM. RUA; BARDACH apud NAJBERG; BARBOSA, 2006).

A implementação de políticas é vista como um processo de interação estratégica entre vários interesses, sendo comparada a um jogo, onde as relações se entrelaçam, envolvendo uma grande quantidade de jogadores, com suas estratégias e táticas, com variados graus de incertezas. Nessa perspectiva de jogo, uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática os objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta dos agentes implementadores, seja de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. Para as autoras, este último fator apresenta-se como o mais crítico “porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso” (VIANA; BAPTISTA, 2009, p.78).

Nas análises de implementação, destacam-se os enfoques *top-down* e *botton-up*, que assumem diferentes perspectivas. No enfoque *top-down*, segundo Baptista e Rezende (2011), todo o controle está nas mãos dos ‘formuladores’, situados no topo das organizações, que assumem o controle dos fatores políticos, organizacionais e técnicos e a divisão de responsabilidades. Nessa concepção, os insucessos da implementação da política (em especial, a não consecução de objetivos e metas) são entendidos como desvios de rota cometidos por atores no nível local, que não foram capazes de executar a política da maneira exata como foi estabelecida.

Nessa perspectiva, o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos, em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão específico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, entre outros). Para Ribeiro (2009), a forma regulatória como a política é absorvida nas organizações e o modo como as diretrizes e orientações são postas em prática, determinam o nível de qualidade dos resultados e mesmo a eficácia dos efeitos planejados. Essa referência faz relação com o modelo *top-down* em que se espera dos implementadores o cumprimento das ações planejadas nas etapas de decisão tratando as inconsistências como desvio de rota, como abordaremos a seguir (SILVA; MELO, 2000).

O enfoque denominado *botton-up* constituiu-se a partir de críticas ao enfoque *top-down* e parte da análise das redes de decisões que se estabelecem no nível concreto de sua execução, no enfrentamento entre os diversos atores quando da implementação (PINTO et al., 2014). De acordo com Baptista e Rezende (2011), esse enfoque baseia-se na ideia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração da política, o que condiciona o momento da implementação. Este modelo fundamenta-se numa abordagem que assume a implementação como um processo caracterizado por um estado de tensão entre aqueles interessados em colocar a política em ação e aqueles que serão afetados por ela. A implementação, do mesmo modo que a formulação é um processo caracterizado por intensa negociação entre as partes interessadas e, por isso mesmo, o controle não está totalmente nas

mãos do formulador, nem totalmente nas mãos do implementador. Neste caso, o insucesso na implementação da política é entendido como incapacidade de negociação durante o processo (RIBEIRO, 2009).

As críticas aos enfoques *top-down* e *botton-up* levaram à constituição de uma nova geração de estudos, que revelaram novos modelos multicausais capazes de combinar questões estratégicas, política, múltiplos atores e interesses como opções de análise nos estudos de implementação (PINTO et al., 2014; BAPTISTA; REZENDE, 2011).

A última etapa do ciclo da política é a avaliação, entendida como ferramenta ou instrumento técnico útil para formulação da política e que, segundo Baptista e Rezende (2011, p.153), “tem sido amplamente debatida na literatura pelas distintas concepções atribuídas à própria ideia de avaliação, bem como pelos diversos caminhos metodológicos traçados, em função daquilo que está sendo avaliado e dos objetivos que se pretende alcançar”.

A avaliação, segundo Pinto et. al. (2014), é um dos tipos de julgamento possíveis que se faz sobre as práticas sociais, compreendidas desde as práticas cotidianas e do trabalho até aquelas que correspondem às intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a mudança de uma determinada situação.

No âmbito de uma política de saúde, a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Trata-se da etapa do processo de monitoramento dos resultados, pelo governo ou outro tipo de organização, que visa avaliar a política implementada e reconduzir os seus cursos. Embora seja apontada no ciclo da política como uma etapa específica, a avaliação tem sido utilizada como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas etapas do ciclo, não se restringindo à avaliação de resultados da política e nem à etapa final do processo (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Nessa compreensão, o momento do ciclo da política ao qual a avaliação se remete é, de acordo com Baptista e Rezende (2011), um elemento determinante dos diferentes tipos de avaliação e, uma das tipologias utilizadas é a distinção entre avaliações *ex-ante* e *ex-post*.

Segundo Viana e Baptista (2009), os estudos de avaliação são de tipo específico e compreendem a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento após uma intervenção (*ex-post*) por pesquisadores exteriores à intervenção, utilizando métodos científicos a fim de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, objetivando ajudar na tomada de decisões (avaliações-diagnóstico). Essa etapa pode se apresentar no início do ciclo ou ao longo dele, de forma concomitante, e não apenas após a implementação da política. O objetivo dessa etapa é proceder à revisão e medição sistemática do problema. Como resultado, pode ocasionar três situações: a) auxiliar na melhoria da política; b) finalizar a política existente; e 3) desenvolver uma nova política (SERAFIM; DIAS, 2012). Por outro lado, a avaliação propriamente dita é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação de estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), com critérios e normas.

De modo geral, conforme Viana e Baptista (2009), existem estudos de avaliação que se realizam na etapa de formulação e tomada de decisão política, denominadas de avaliações *ex-ante*, que ocorrem antes da implementação e compreendem o cálculo do custo-benefício e do custo-efetividade, visando subsidiar os formuladores de política sobre informações a respeito das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados. Por sua vez, as avaliações de estrutura e de processo estudam a etapa de implementação de determinada política, e a avaliação de impacto estuda o efeito dos resultados. São consideradas avaliações *ex-post*, por ocorrerem durante e depois da etapa de implementação, possibilitando a compreensão do desenvolvimento estratégico e a definição de novos rumos da política.

Os objetivos da avaliação dependem de quem formula a pergunta. Nesse entendimento, as práticas sociais, incluindo a gestão de serviços de saúde, podem ser orientadas por determinantes com diferentes racionalidades, como por exemplo, a avaliação pode responder a necessidade de legitimação por parte dos gestores, de modo a retardar a tomada de decisões, a aumentar o

controle sobre a intervenção e a satisfazer as exigências dos organismos financiadores (PINTO et al., 2014).

Nesse ponto, é relevante discutir a diferença entre ‘avaliação política’, ‘análise de políticas públicas’ e ‘avaliação de políticas públicas’.

De acordo com Baptista e Rezende (2011), a ‘avaliação política’ é compreendida como a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política esclarecendo as razões que a tornam preferível a qualquer outra, podendo ressaltar tanto o caráter político do processo decisório quanto os valores e critérios políticos identificáveis. Esse tipo de avaliação examina os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública, independentemente de sua engenharia institucional e seus resultados prováveis.

Por sua vez, para essas autoras, a ‘análise de políticas públicas’ visa realizar o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos do programa, que podem ser formulados e implementados de diversos modos. Assim, busca reconstituir suas características de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível, dando sentido e entendimento às ambiguidades, incoerências e incertezas presentes em todos os momentos e estágios da ação pública. Aproxima-se da avaliação de processos à medida que permite identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação, sem se preocupar diretamente com os resultados. Esta análise consiste em um conjunto de procedimentos significativamente complexos e exige um posicionamento ideológico claro por parte do analista, atentando para elementos de natureza mais sutil, onde a preocupação central é o processo da política, com ênfase em aspectos como valores e os interesses dos atores envolvidos no jogo político, como a interação entre esses atores, como a arquitetura do poder e a tomada de decisões, conflitos e negociações. A análise pauta-se fortemente na apreciação dos processos que, em última instância, determinam as características gerais da política (SERAFIM; DIAS, 2012).

A atribuição da relação de causalidade entre a política e o resultado é o objetivo da ‘avaliação de políticas públicas’. Sua particularidade consiste, segundo Baptista e Rezende (2011), na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer tal relação, ou ainda estabelecer que na

ausência deste programa não houvesse o resultado mencionado, sendo óbvia a ligação dessa modalidade avaliativa com a avaliação de resultados.

Nesse sentido, a avaliação fundamenta-se na apreciação dos resultados da política, ou ainda nas ações, programas e projetos, focando em categorias como eficiência, eficácia e efetividade, que derivam da comparação entre metas e resultados (SERAFIM; DIAS, 2012).

Uma compreensão que ainda se faz necessária diz respeito às pesquisas no âmbito da análise de políticas públicas, que, de modo geral, se concentram nos processos de tomada de decisão e no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas (VIANA; BAPTISTA, 2009), raramente abordando o processo de implementação e restringindo suas análises nos níveis mais altos da decisão, com pouca vinculação e atenção aos demais níveis hierárquicos (PEREZ, 2006). Para Silva e Melo (2000), os fracassos de programas governamentais estão fortemente relacionados às dificuldades enfrentadas durante a implementação das políticas públicas. Por isso, defendem o ponto de vista de que os processos de análise de políticas públicas devem atentar, especialmente, para os processos de implementação. Assim, é fundamental essa discussão, em nível da micro gestão do governo, no âmbito do processamento da política, uma vez que é no nível local que os ajustes são realizados para alcançar as prerrogativas antes desenhadas pelos fazedores de políticas.

Na perspectiva da complexidade de elementos que convergem na etapa de implementação e sua importante contribuição para a análise de políticas, faz-se necessário maior aprofundamento desta etapa, a fim de buscar entender o processo político de forma mais dinâmica e interativa.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O momento da implementação está diretamente relacionado à etapa de formulação da política, na qual, segundo Hogwood e Gunn apud Viana e Baptista (2009, p.78), “há uma tendência a constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam”.

A implementação é, para Viana e Baptista (2009), o momento de intensa negociação e onde se observa a sustentabilidade dos pactos estabelecidos na

etapa de formulação, revelando-se a real possibilidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses. Além disso, para essas autoras, “estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não-participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes da política” (p.78). Nessa perspectiva, inicia-se “um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente agendada” (VIANA; BAPTISTA, 2009, p.79).

A etapa de implementação de uma política é considerada seu “momento crucial, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores” (PINTO et al., 2014, p.73). Esse tem sido um aspecto crítico de discussão da análise de políticas públicas, onde, segundo Viana e Baptista (2009, p.78), “a etapa de implementação tem merecido destaque na tentativa de melhor compreender por que os governos são muito melhores para fazer a legislação do que para efetuar as mudanças desejadas” e, por isso, tem sido entendida como a variável central para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho de políticas públicas. Essa constatação tem chamado a atenção para a centralidade dos problemas de implementação de políticas como elemento-chave no aperfeiçoamento da ação governamental. Apesar da importância para o sucesso prático da ação do governo, o processo de implementação tem sido considerado o ‘elo perdido’ da análise da ação governamental (SILVA; MELO, 2000).

Ao debruçar-se sobre as razões que justificam o reconhecimento da etapa da implementação como o ‘elo perdido’, alguns estudos sobre as políticas destacam o reconhecimento tardio da importância da implementação de políticas públicas devido ao fato de que seus estudiosos possuem um viés tradicional das ciências políticas, focado na análise dos processos legislativos ou administrativos do executivo (CARVALHO et al., 2010).

Outro aspecto importante é o fato de que as ações governamentais pouco exploram esta etapa do ciclo da política, que segundo Viana e Baptista (2011), diz respeito ao baixo compromisso dos políticos com o momento de

implementação, aceitando que lhes cabe o ônus da formulação, do qual prestam contas. Nesse contexto, problemas não antecipados e/ou desconsiderados que surgem durante a implementação da política podem representar obstáculos intransponíveis, os quais, por sua vez, podem levar a sua descontinuidade (SILVA; MELO, 2000). Nesse sentido, Carvalho, et. al. (2010), afirmam que um grave problema da formulação, que não é vista como problemática, é considerar o diagnóstico como necessariamente correto e que o formulador dispõe das informações suficientes para desenhar a proposta da política. Além disso, é reconhecida uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização devido ao seu conhecimento técnico (VIANA; BAPTISTA, 2009). Com esse entendimento, ressalta-se o trabalho de Pressman e Wildavsky apud Ribeiro (2009) que alerta para os 'contratempos' vivenciados durante a etapa de implementação e chama a atenção para a necessidade de estudos específicos sobre esta etapa. Caso a implementação de uma política dependa das ações de muitos atores, em muitas instâncias, o nível de aceitação e colaboração de cada um deles deve ser total, para que a implementação ocorra conforme foi planejada. Caso haja, em qualquer das instâncias, uma colaboração menor do que a necessária haverá o que Wildavsky chama de déficit de implementação. A cumulação de déficits de implementação colocará os objetivos da política em risco, ou, na melhor das hipóteses, diminuirá os efeitos dos resultados previstos quando da formulação da política. Neste caso, a implementação é a etapa marcada pela imprevisibilidade e, portanto, pela perda de controle por parte do formulador da política, pois não é possível prever todas as situações envolvidas no processo de implementação de uma política (CUNHA, 2001).

Com relação aos problemas de implementação, no contexto prático da vida cotidiana, um aspecto relevante diz respeito à alta complexidade do processo de implementação de uma política e, sobretudo, a sua capacidade de gerar consequências sobre o funcionamento das organizações de saúde, especialmente nos municípios de pequeno porte. De acordo com Viana e Baptista (2009), a própria complexidade desse processo demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam um comportamento

independente, não linear. Nesse sentido, a análise da etapa de implementação não é tarefa fácil, seja por conta do número de atores envolvidos, seja pela quantidade de tarefas a serem executadas, num curto espaço de tempo. Dai a importância de acompanhamento minucioso desta etapa, visando superar as barreiras e resistências que operam naturalmente em tais situações, bem como identificando aspectos e situações que eventualmente necessitem de ajustes e correções por parte dos formuladores da política (RIBEIRO, 2009).

Aprofundando a reflexão sobre os problemas na etapa de implementação, destaca-se a grande atenção dispensada à etapa de avaliação do processo de implementação, em detrimento da análise de implementação, onde se adota um posicionamento voltado para o alcance ou não alcance dos resultados definidos na etapa de elaboração da política. Importante reafirmar que avaliação e análise, embora explorem o mesmo objeto central - a política pública-, constituem-se em exercícios distintos (CAVALCANTE, 2005). Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao campo de análise de políticas públicas, que ainda permanece centrado nos processos decisórios, não atentando para o processo de implementação (FARIA, 2003).

O diagnóstico sobre a implementação como 'elo perdido', segundo Silva e Melo (2009), está ancorado em uma visão inadequada do processo de formulação e implementação de políticas, e baseia-se na abordagem *top-down* ou *botton-up*. Esses autores trazem uma reflexão sobre os modelos de análise do ciclo de políticas. O primeiro deles é o modelo clássico. Esse modelo considera os aspectos relacionados à etapa de implementação e os seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política, ou seja, essa visão não considera o ciclo da política como um processo, mas sim como um jogo de uma só rodada em que a ação governamental é implementada de cima para baixo (*top-down*). Nessa visão, a implementação corresponde à execução de atividades que permitem que ações sejam implementadas com o objetivo de atingir as metas definidas nas etapas anteriores, como um processo preestabelecido, com regras e procedimentos bem definidos, em que os formuladores têm total controle do processo. Neste caso, o insucesso na implementação significa que, em algum ponto do processo, os procedimentos foram mal executados ou mal-entendidos. Esta visão simples é criticada porque não considera toda a dinâmica que se estabelece na relação entre os

indivíduos e entre os grupos, os conflitos de interesses e a capacidade de influência que cada ator ou grupo exerce sobre o processo de implementação (RIBEIRO, 2009). Para Silva e Melo (2009), a adoção dessa perspectiva pressupõe um olhar ingênuo e irrealista do funcionamento da administração pública e consagra uma visão *top-down* da formulação e desenho dos programas, onde os problemas de implementação são vistos como “desvios de rota”.

O modelo menos simplista onde a formulação e a implementação são visto como um processo, a implementação é tratada como dimensão importante e complexa (*botton-up*). Nesse processo se propõe que o monitoramento e avaliação sejam instrumentos que permitirão correção de rota. As vivências, obstáculos e problemas identificados na implementação são resultados relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores da política. Outra questão a ser destacada é que, na implementação dos programas, esses problemas são de natureza política e podem ser derivados da resistência e boicotes realizados por aqueles que são afetados negativamente pela política (SILVA; MELO, 2000). Essa perspectiva de análise do ciclo da política como um processo representa, segundo Silva e Melo (2000), um avanço em relação ao modelo anterior, porém, ela se assenta numa premissa equivocada ao conferir uma primazia excessiva à atividade de formulação, assumindo que o diagnóstico que informa a formulação está essencialmente correto, o formulador dispõe de todas as informações necessárias ao desenho das propostas programáticas, e o formulador dispõe de um modelo causal válido.

Como crítica a esses dois modelos, estudos de situações concretas propõem que a implementação deva ser vista com um jogo onde prevalecem, enquanto princípios organizadores, a troca, negociação e barganha, dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Assim, a etapa da implementação pode ser representada “como um jogo entre implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre atores são objeto de barganha” (SILVA; MELO, 2000, p. 10).

Embora o grande número de referenciais sobre políticas de saúde seja americano, Silva e Melo (2000), chamam a atenção para a especificidade do contexto institucional e organizacional brasileiro, dentro as quais destacam a

sua complexidade e forte diferenciação funcional, e principalmente os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental.

Ressalta-se ainda, segundo Silva e Melo (2000), a importância do reconhecimento do jogo político como essencial à vida democrática e fundamental para o controle social da ação do governo. Nesse sentido, a implementação passa a estar fortemente imbricada em estruturas de governança, entendida enquanto regras do jogo e arranjos institucionais que dão sustentação à cooperação, coordenação e negociação.

O que é comum a essas contribuições é a recusa à noção de implementação como uma simples etapa subsequente à formulação. A implementação é aqui entendida como uma instância racional e compreensiva, um processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas e não somente 'implementadas'. Nesse sentido, o agente implementador toma as decisões de uma política setorial, de tal forma que a adesão normativa do agente implementador é variável decisiva do seu sucesso. Logo, a implementação 'cria' políticas e constantemente orienta novas políticas. Além disso, como a implementação implica em tomada de decisões, constitui-se fonte de informações para a formulação de políticas (SILVA; MELO, 2000).

Nessa perspectiva, a ideia de avaliação como instrumento de correção de rota deve ser substituída pela noção do aprendizado na implementação de uma política pública, que enfatiza a aprendizagem, evolução, adaptação e a implementação como decisão política, em ambientes institucionais democráticos e descentralizados. Alguns problemas da implementação são discutidos como elementos centrais dessas contribuições, em que se deve consolidar a ideia de que é necessário ter uma visão estratégica dos problemas de implementação, bem como a incorporação de questões críticas como a viabilidade política de políticas e os problemas de coordenação interorganizacional. Este novo desenho estratégico deve incluir a identificação de redes complexas de atores, compostas por formuladores, implementadores, grupos de pessoas envolvidos na política e beneficiários, que dão sustentação política e legitimidade.

Nesse sentido, o conceito de implementação como rede de aprendizado mostra-se mais apropriado, pois as políticas públicas são implementadas por meio de redes de agentes públicos e não públicos. O ciclo da política nessa

perspectiva não pode ser concebido de forma simples e linear, sendo mais bem representado por redes complexas, compostas por atores que dão sustentação à política e por 'nós críticos' ou 'elos críticos', que "representam os pontos no tempo onde questões referidas ao processo de sustentação política dos programas, de coordenação interinstitucional e de capacidade de mobilizar recursos institucionais se conjugam" (SILVA; MELO, 2000, p. 14). Nesse momento de conjugação, para esses autores, produz-se uma espécie de 'crise', concretizada no processo de tomada de decisão por um ator estratégico, cujo desenlace impele o programa em uma nova direção. Assim, a visão da implementação enquanto aprendizado e articulada em uma rede de atores constitui um quadro de referências que permite uma representação mais consistente dos mecanismos de implementação de políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política. Nesse sentido, a ideia de implementação de políticas não pode ser restrita ao cumpra-se da política nem ao pressuposto de que a decisão da autoridade pode ser automaticamente cumprida.

Analisar o processo de implementação representa a oportunidade de compreender os processos implicados para alcance dos efeitos esperados na etapa de elaboração da política e aponta para dimensões cruciais no sentido de explicar os insucessos dos governos em atingir os objetivos definidos na etapa de definição da política, podendo constituir-se num processo de aprendizagem.

Nesse sentido, a implementação deve ser reconhecida como uma etapa fundamental dentro da análise de políticas pública, sendo primordial buscar analisar como os arranjos locais se comportam frente a uma determinação governamental para implementar ações, programas e políticas. Compreender o que leva os agentes implementadores de políticas a torná-las realidade, objetivando serem efetivas e alcançar os objetivos formulados consiste numa análise complexa que merece ser difundida e discutida amplamente, de forma que seja incorporada pelos analistas de política e possam colaborar para

solucionar entraves que dificultam a implementação de políticas públicas, bem como reforçar as estratégias e experiências de sucesso. Nessa perspectiva, o ciclo da política deve ser entendido como um processo contínuo, sem um fim definido ou produtos finais, em que os conflitos, frutos da implementação, podem ou não manifestar-se em um novo padrão de comportamento nas instituições.

A elaboração e aplicação de métodos de análise que deem conta da complexidade desse campo e que apreendam o desenho de estruturas de incentivo que promovam arranjos cooperativos em redes de implementação merecem ser discutidas e reforçadas, para além de instrumentos de avaliação para correção de rota, como instrumentos analisadores estruturados que promovam discussões de caráter estratégico e possibilitem reflexões sobre os determinantes da política pública. Por fim, resgatar a etapa da implementação desvendando esse 'elo perdido' ao ponto de conferir a ele uma posição chave dentro do processo da política mostra-se como um importante caminho para fortalecer a ação governamental.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2013.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- CARVALHO, M. L. de; et. al. **Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica**. X Colóquio Internacional sobre Gestión Universitaria em América del Sur. Balance y propectiva de la Educación Superior em el marco de los Bicentenarios de Amércia del Sur. Mar del Plata, dezembro de 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/97020/IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20U>>

MA%20ABORDAGEM%20TE%20C3%93RICA%20E%20CR.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 23 mai. 2013.

CAVALCANTI, P. A. O conceito de avaliação de políticas, programas e projetos. In: PEREZ, J. R. R. et al (Org.). **Estudo, pensamento e criação: planejamento educacional e avaliação na escola**. Campinas: FE/Unicamp, 2005.

CONTARATO, P. C. **Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2011. 163 p.

CUNHA, E. M. da. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias**. Tese (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 144 p. Disponível em:

<

http://portaldeses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000054&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 fev. 2014.

FARIA, C.A.P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15984.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008, p.23-64.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2013.

LEITE, S. P. et. al. **Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: Uma ênfase no papel dos *policy makers***. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Rio de Janeiro. 2007. Disponível

em:

<

<http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Att>

achments/547/Projeto_CPDA-NEAD_3_-_Produto_13.2__Gepolagri_.pdf>

Acesso em: 28 mar. 2014.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N.. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

MORAES, K. G. **Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal**. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília. Brasília. 2012. 140 p.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B.. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. **Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas**. Rio Grande do Norte, v. 3, n. 2, jul/dez. 2006. p. 31 – 45. Disponível em:

<<http://encontroamericalatina.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/203/181>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número Especial.

PEREZ, J. R. R.. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In.: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. Editora Cortez. 6ª Edição. São Paulo. 2006, p. 65 - 73.

PINTO, I. C. de M.; SILVA, L. M. V. da; BAPTISTA, T. V. de F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.69-81.

RIBEIRO, J. L. L. de S. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. In: LORDÉLO, JAC.; DAZZANI, MV., (Orgs.). **Avaliação educacional: desatando e reatando nós**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 57-84. ISBN 978-85-232-0654-3. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/wd/pdf/lordelo-9788523209315.pdf>>.

Acesso em: 10 dez. 2013.

SERAFIM, M., DIAS, R. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, América do Norte, 3, mai. 2012. Disponível em:

<<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/view/213>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. de. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. UNICAMP. 2000. Disponível em: <http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>.

Acesso em: 15 jun. 2013.

SOLLA, J. **Dilemas e Desafios da gestão municipal do SUS**. Ed. Hucitec. São Paulo. 2010. 347 p.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 jun. 2013.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, Mar / Abr, 1996, p. 5-43.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F.. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Ed. FIOCRUZ, 2008. 1ª Reimpressão. 2009, p.65-105.

2.2 DETERMINANTES DA POLÍTICA INSTITUCIONAL COMO MÉTODO DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A etapa da implementação de políticas públicas é crucial dentro do processo de análise de políticas, pois é nessa etapa que a política sofre alterações para ser adaptada a cada realidade. A etapa da implementação é complexa e analisá-la torna-se primordial para compreender os determinantes que estão presentes nesse processo. Para isso, torna-se necessário lançar mão de métodos de análise que deem conta dessa complexidade, atentando para questões que vão além da avaliação de resultados, mas que permitam compreender questões que estão presentes no comportamento institucional em todos os níveis, nem sempre perceptíveis e identificáveis em instrumentos de avaliação. A elaboração de instrumentos de análise que permitam compreender esse processo de implementação poderão contribuir para desvendar o “elo perdido” da ação governamental e conferir a ele uma posição de destaque no processo de implementação de políticas públicas de saúde. É esta a temática proposta no segundo artigo a seguir.

ARTIGO 2 - MÉTODO DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE BASEADA NOS DETERMINANTES DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

RESUMO

Este artigo objetiva, em linhas gerais, apresentar uma proposta metodológica para análise dos processos de implementação de políticas de saúde em âmbito local, com base na obra '*Strategor: Política Global da Empresa – Estratégia, Estrutura, Decisão e Identidade*', do grupo de estudo Strategor, formado por professores do Departamento de Estratégia e Política Empresarial do grupo Hautes Études Commerciatres de Jouy-em-Josas, da França. O método abarca uma análise do todo institucional, estando apto a responder as principais questões envolvidas no processo de implementação. Assim, com este método, propõe-se analisar o processo de implementação de políticas de saúde, como forma de compreender as questões que estão presentes no ambiente institucional por meio dos determinantes da política institucional. A utilização desse referencial como método de análise de implementação poderá contribuir para despertar, nos agentes implementadores (trabalhadores da saúde, gestores, órgãos de controle, entre outros), um olhar crítico sobre a institucional pública de saúde, visando sanar problemas que dificultam o bom andamento das políticas públicas a serem implementadas. Dessa forma, pode colaborar no sentido de conferir à etapa de implementação uma posição chave dentro do processo da política pública.

INTRODUÇÃO

A análise de implementação de políticas públicas é um campo que apresenta uma trajetória bastante recente, especialmente no Brasil, sendo uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento (VIANA; BAPTISTA, 2009). Compreender o processo de implementação, pode se traduzir num importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental (SILVA; MELO, 2000) e apontar para questões ainda pouco aprofundadas, para além do processo de avaliação usualmente utilizado como indicativo de desvios de rotas (RIBEIRO, 2009).

O processo de implementação aponta para uma grande complexidade, constituindo-se como um processo autônomo, onde decisões são tomadas e não somente implementadas. Inicialmente, a ideia de implementação pode se restringir ao cumpra-se da política, uma vez que se pressupõe que a decisão da autoridade é automaticamente cumprida. No entanto, os estudos mostram que a operacionalização da política por meio de programa apresenta inúmeros entraves no nível local (PRESSMAN; WILDAVSKY apud PEREZ, 2006). Nesse sentido, numa visão atual, de acordo com Silva e Melo (2000), o processo de implementação é entendido como um processo de aprendizado articulado em uma rede complexa de atores que dão sustentação à política, pela formação de 'elos de ligação' que sustentam os programas, por meio da coordenação interinstitucional e da capacidade de mobilizar recursos institucionais.

Apesar do reconhecimento da importância da implementação, este tema é demasiado complexo e carente de métodos de análise (CARVALHO et al., 2010). Este artigo objetiva, em linhas gerais, apresentar uma proposta metodológica para análise dos processos de implementação de políticas de saúde em âmbito local, com base na obra '*Strategor: Política Global da Empresa – Estratégia, Estrutura, Decisão e Identidade*', do grupo de estudo Strategor, formado por professores do Departamento de Estratégia e Política Empresarial do grupo Hautes Études Commerciatres de Jouy-em-Josas, da França. Por meio dos determinantes da política institucional do referencial Strategor, propõe-se compreender as questões presentes no ambiente institucional dos municípios, e, assim, constituir-se numa ferramenta de análise do processo de implementação de políticas públicas de saúde.

Este artigo está estruturado de maneira a apresentar o referencial Strategor, sua lógica de análise estratégica adaptada para a análise de implementação de políticas públicas, com especial ênfase nos quatro determinantes da política institucional: estratégia, estrutura, decisão e identidade.

O REFERENCIAL DE STRATEGOR

A análise de políticas é um assunto vasto e difícil de ser condensado, uma vez que a temática passa por mudanças de bases conceituais de suas formalizações, o que torna necessário criar novas variáveis à medida que os sistemas políticos e as sociedades se tornam mais complexos (LABRA, 1999).

Nesse sentido, apresentar uma proposta metodológica inovadora consiste em lançar um novo olhar sobre o processo de implementação de políticas públicas na área da saúde, de forma a compreender os determinantes intrínsecos deste processo em contextos locais. A base desta proposta metodológica está fundamentada na adaptação do enfoque da política institucional apresentada por Strategor.

Uma das mais recentes abordagens da gestão é a política institucional que compreende a instituição enquanto ator da vida econômica e social e visa conhecer os determinantes internos e externos desse ator (a instituição), com vistas a explicar seus comportamentos passados, de prever e, sobretudo, de orientar os seus comportamentos futuros. A política institucional considera a instituição em sua totalidade, incluindo fatores internos e externos, sendo este o principal ponto de vista de uma gestão.

Com relação às contribuições do grupo Strategor na área da saúde pública, um dos métodos mais conhecidos de aplicabilidade do enfoque institucional de Strategor é a *Demarche Strategique*. O enfoque de gestão estratégica de Crémadez e Grateau de 1997 - *Démarche Strategique* - é um método que supõe a adaptação do enfoque de Strategor ao setor público de serviços de saúde. Esse método foi aplicado pela primeira vez no Centro Hospitalar Regional Universitário, de Lille, na França. O método foi desenhado para hospitais regionais, considerando o sistema de saúde francês, em um contexto de contenção de recursos públicos, se propondo, a definir racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados de saúde, ultrapassando as barreiras internas do jogo de poder e pactuando, assim, as diretrizes gerais para o processo de planejamento em nível local, com ênfase numa descentralização compartilhada (RIVERA, 1997).

No Brasil, o método foi trazido originalmente por Rivera (1997), após vivenciar a experiência de aplicabilidade na França, e vem sendo adaptado e aplicado em várias unidades hospitalares pelo Brasil, inclusive no Estado do Espírito Santo (LOPES, 1997; SOUZA, 1997, FAVACHO, 2001, ARTMANN, 2002a; 2002b, RIVERA, 2003, ARTMANN; RIVERA, 2003, ANDRADE; ARTMANN, 2009, ARTMANN et al., 2013, ARAÚJO et al., 2013). O método se alimenta de diversos enfoques de planejamento e gestão estratégica, baseados em

elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, e da área do desenvolvimento organizacional e cultural, além de categorias próprias da saúde e da epidemiologia, reconhecendo a especificidade do setor público de saúde francês (ARTMANN, 2002).

Para melhor compreensão, o referencial Strategor divide a política institucional em quatro grandes áreas, sendo elas a estratégia, estrutura, decisão e identidade. Esta divisão em quatro áreas não significa que essas ocorram em momentos distintos e segmentados, mas, trata-se de uma divisão metodológica para melhor entendimento do conteúdo. A abordagem discutida por Strategor consolida diversos métodos e técnicas de gestão administrativa, importantes para orientar, analisar e definir uma política institucional (STRATEGOR, 2000).

Estratégia

As instituições perseguem objetivos que lhes são próprias, por meio dos caminhos e meios por elas traçados, o que faz com que tenham liberdade para definir os objetivos que pretendem perseguir e as estratégias que utilizarão para este fim. É justamente a escolha da estratégia que corresponde ao difícil exercício de se colocar em prática os objetivos gerais (STRATEGOR, 2000)

Embora exista na literatura um grande número de definições para estratégia, de acordo com o referencial Strategor, elaborar a estratégia representa escolher os campos de atividade que a instituição deseje estar presente e aplicar os recursos para que ela se sustente e desenvolva. Ou seja, definir a estratégia está relacionado com um auto-reconhecimento de suas potencialidades e suas fraquezas, identificando em quais campos ou áreas de atuação possui maior força. Para isso, é necessário, além de conhecer suas potencialidades e fraquezas, conhecer de forma especial o ambiente externo (a conformação da rede de atenção à saúde, por exemplo), identificando as ameaças e oportunidades. Após esse reconhecimento, a estratégia visa orientar a instituição sobre como melhor aplicar os seus recursos para se firmar no mercado e permanecer competitiva. De forma geral, a estratégia vai direcionar a instituição para conhecer a sua missão, sua razão de existência e, para isso, aponta diversos métodos e técnicas para elaborar a estratégia com objetivo de situar a instituição no ambiente em que ela esteja inserida.

A estratégia possui duas fontes principais de informação, que é o conhecimento do território ou ambiente em que a instituição esteja inserida e uma boa apreciação das próprias forças. A posição concorrencial assumida pela instituição é fruto de uma análise contextual onde estão presentes os fornecedores, o setor empresarial e os clientes/usuários. Esta análise leva em consideração as variáveis envolvidas na relação entre esses três segmentos. A partir dessa análise podem ser identificadas diversas questões que estão envolvidas nessa relação e que ao final, se bem conduzida e aproveitada pela instituição, contribuirá para identificar a posição concorrencial. Dessa análise, pode-se caminhar para identificar os atributos que fazem a instituição se sobressair sobre as outras e se manter com elevado desempenho. Essas variáveis constituem-se na vantagem concorrencial (STRATEGOR, 2000).

A vantagem concorrencial, adaptada para o campo da saúde, fundamenta-se no fato de que os usuários (pacientes ou serviços que os referenciam) reconhecem na oferta de um dos concorrentes um valor suficiente para recorrerem a ele (RIVERA; ARTMANN, 2006). Esse reconhecimento corresponde à percepção de uma maior qualidade relativa, pela qual o usuário se disporia inclusive a pagar um preço maior. Importante ressaltar que, em realidades onde o preço não impera, como no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se apreciar o valor concedido a um serviço pelos esforços feitos pela clientela para ter acesso a ele (deslocamento, espera consentida, etc.).

As estratégias concorrenciais asseguram à instituição uma vantagem competitiva duradoura sobre as outras e, nessa sequência, dois grandes tipos de estratégias concorrenciais surgem, as estratégias de custo e de diferenciação (STRATEGOR, 2000).

As estratégias de custo buscam reduzir os custos da cadeia produtiva, baseadas no princípio de que a instituição mais competitiva é aquela que tem custos mais baixos, ou seja, é da capacidade da instituição minimizar os seus custos, que depende da vantagem concorrencial. Nesse sentido, caso exista um menor preço de mercado em relação aos concorrentes e a instituição tiver menor custo de produção, obtêm-se maiores margens de lucro, podendo-se investir no reforço da sua posição concorrencial (STRATEGOR, 2000). Em saúde, a estratégia de custo consiste em privilegiar as atividades que possuam

potencial de sinergia já existente, em que o controle dos custos compartilhados é uma habilidade determinante (RIVERA; ARTMANN, 2006).

As estratégias de diferenciação visam criar uma vantagem concorrencial decisiva e duradoura. Procura basear a vantagem concorrencial da instituição na especificidade da oferta que produz, sendo essa especificidade reconhecida e valorizada pelo mercado, ou seja, tornar o seu produto/serviço diferente dos da concorrência, sem necessariamente possuir melhores custos (STRATEGOR, 2000). Para Rivera e Artmann (2006), a estratégia de diferenciação pressupõe a possibilidade de criar um acréscimo de valor superior ao custo suplementar envolvido para esse fim. Essa estratégia supõe que seja possível racionalizar a produção de tal maneira que a qualidade não seja afetada e que essa racionalização gere um ganho de recursos suficiente para que sua realocação produza uma vantagem estratégia dominante.

Torna-se relevante aqui uma visão analítica dos processos de criação de valor no interior da instituição e de suas interações para detectar as fontes de vantagens concorrenciais, o que supõe analisar a sua carteira de valor. Carteira de valor é um termo que corresponde à descrição das atividades que a instituição implementa para realizar e colocar à disposição dos clientes seus produtos ou serviços (PORTER apud RIVERA; ARTMANN, 2006).

As instituições podem ainda se concentrar em uma única atividade o que é chamado de especificação, que consiste em um campo de atividade bastante particular, onde a instituição concentra seus esforços, com o objetivo de atingir o melhor nível de competência nessa atividade e fazer disso uma vantagem concorrencial decisiva (STRATEGOR, 2000). Nessa perspectiva, duas estratégias são abordadas, a aliança estratégia e as estratégias relacionais. Alianças estratégias podem ser definidas como associações entre várias instituições concorrentes, ou potencialmente concorrentes, que optam por levar a cabo um projeto ou uma atividade específica, coordenando as competências, meios e recursos necessários, em vez de concorrerem umas com as outras na atividade, e fundirem-se ou procedendo a cessões ou aquisições de atividades. Nesse caso, a rede de serviços de saúde deve ser entendida como o resultado da imbricação de diferentes formas de cooperação entre os atores que compõem um sistema, para garantir o cuidado. Este conceito repousa sobre a

capacidade de negociação e contratualização dos atores (RIVERA; ARTMANN, 2006).

Por outro lado, a estratégia relacional baseia-se em relações privilegiadas que a instituição estabelece com certos parceiros do seu contexto. Assim, a ideia de concorrência não é totalmente descartada, mas é secundária em relação a um acordo celebrado por vontade mútua que escapa às regras do mercado. Entre os parceiros envolvidos nessas relações citam-se o estado, concorrentes, clientes ou fornecedores. Cada um desses parceiros pode se relacionar solidariamente, como também podem trazer preocupação para a instituição. O estado, por exemplo, tende a ser o primeiro parceiro privilegiado, pois desempenha um papel regulamentador que pode ser protetor, ou penalizador (STRATEGOR, 2000).

Lançar mão desses métodos para definição da estratégia pode levar à compreensão da missão institucional. Importante ressaltar que uma missão não é um conceito analítico, nem é resultado de estudos pormenorizados de contexto concorrencial. A missão é a prática cotidiana de milhares de indivíduos de todas as competências que têm a mesma atividade, cuja especificidade está diretamente relacionada à maneira como a instituição a vive e a compõe internamente. A definição da missão pode estar correlacionada aos fatores-chave de sucesso (FCS), que caracterizam a soma das competências postas em jogo pela instituição, e que é essencial, a partir de uma percepção subjetiva do saber-fazer específico da instituição. Os FCS consistem em competências, recursos e trunfos que uma instituição deve necessariamente deter para ter êxito numa dada atividade, e servem para avaliar a capacidade das instituições para obter bons resultados em cada um dos segmentos de atividade para satisfazer a demanda do serviço. Assim, os FCS correspondem às competências e/ou tecnologias que devem ser controladas para obter êxito nas atividades. Identificar os FCS equivale a capacidades específicas de ordem relacional, tecnológica, financeira ou de competência, cujo controle garante posição de destaque (RIVERA; ARTMANN, 2006).

A definição da missão deve associar de maneira interativa uma análise interna dos recursos disponíveis, visando relacionar as suas competências naturais, fundamentais e específicas, e uma análise externa que permita identificar as características concorrenciais e os FCS do setor e das atividades da instituição.

A missão resulta da carta cognitiva, da constatação dirigente da instituição, do que esses indivíduos veem ou não veem, compreendem ou não compreendem, antecipam e intuem no seu ambiente próximo. A missão é o conceito que faz ligação entre a estratégia e a identidade institucional. À medida que abrange longitudinalmente toda a organização, constituindo as competências fundamentais, os elos que interligam as divisões e as unidades estratégicas, é igualmente claro que a missão interage com a estrutura. O sucesso de uma instituição depende da sua capacidade de equilibrar e alinhar quatro determinantes fundamentais da política institucional, estratégia, estrutura, decisão e identidade. Assim, apenas focar a análise da estratégia não daria conta da complexidade gestora. Ao definir a estratégia, a sua aplicação pressupõe divisão de tarefas no interior da instituição. Tal distribuição envolve muitas pessoas, que são diferentes umas das outras e possuem competências diferenciadas, assim como métodos e maneiras de ver e realizar as tarefas. Este aspecto é designado então pelo termo estrutura, simbolizado usualmente por um organograma.

Estrutura

A estrutura consiste na distribuição de tarefas, assim como as ligações existentes entre os responsáveis pelas tarefas.

Antes de aprofundar especificamente na discussão sobre a estrutura institucional apresentada por Strategor, faz-se necessário apresentar algumas características dessa estrutura elaboradas por Henry Mintzberg, que servem de base pelos autores do referencial Strategor.

Para Mintzberg (2009), dois elementos da estrutura são principais na sua arquitetura: a divisão do trabalho em tarefas distintas e a forma como estas tarefas são coordenadas. Com base nesse pressuposto, o autor divide a instituição em seis partes principais assim como a lógica com que as tarefas são dirigidas, em seis mecanismos de coordenação, que são a cúpula estratégica, linha intermediária, centro operacional, tecnoestrutura, assessoria de apoio e ideologia.

Na cúpula estratégia encontram-se as pessoas que têm responsabilidade global sobre a instituição, como o presidente e outros dirigentes de alto nível. A cúpula estratégica cabe assegurar que a instituição cumpra sua missão de

modo eficaz e também atender às necessidades daqueles que controlam ou que detêm poder sobre ela (proprietários, órgãos governamentais, entre outros).

Em instituições tradicionais a linha hierárquica representa a ligação entre a cúpula estratégica e o centro operacional, constituída pelos gerentes intermediários. O gerente da linha hierárquica executa várias tarefas no fluxo de supervisão direta, acima e abaixo dele, coleta informações de *feedback* e transfere algumas delas ao gerente acima; e intervém no fluxo de decisões. Por outro lado, nas instituições de saúde, observa-se ausência da linha hierárquica rígida, uma vez que a direção nem sempre consegue dirigir diretamente os chefes de vários serviços.

O centro operacional assegura os *inputs*, ou seja, o conjunto de informações que chegam à linha hierárquica e que irá transformar em informações de saída, os *outputs*. O centro operacional, no caso dos estabelecimentos de saúde, é formado pelos profissionais de saúde, é responsável pela entrada e assistência direta prestada paciente até a sua saída da instituição.

A tecnoestrutura, em instituições tradicionais, é responsável pela formatação desses centros operacionais, ou seja, ela define os processos, as especificações técnicas e a formalização do comportamento. Já no caso das instituições de saúde, a tecnoestrutura tem um fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais, exceto na dimensão econômica.

Assessoria de apoio é a área especializada, terceirizada ou não, que tem a função de apoiar a instituição, por meio de suporte às operações, como, por exemplo, os serviços de vigilância patrimonial, assessoria jurídica, alimentação, limpeza, ou seja, todas aquelas atividades que são desenvolvidas pela instituição que não possuem ligação direta com o fluxo do cuidado.

A ideologia é a parte da instituição responsável pela elaboração, manutenção, disseminação e interiorização de suas ideologias e doutrinas.

Para Mintzberg (2009) existem seis tipos de estruturas instituições, sendo elas: organização empreendedora, burocracia mecanizada, burocracia profissional, organização diversificada, e organização missionária. Os estabelecimentos de saúde são classificados como estruturas do tipo profissional. Esse tipo de estrutura caracteriza-se pela predominância da padronização das habilidades, e não de processos, sendo o elemento principal o centro operacional. A

instituição depende de profissionais capacitados – pessoal altamente especializado - e com considerável controle sobre o seu trabalho.

Com base nessa perspectiva de Mintzberg, para Strategor (2000), estrutura é definida como o conjunto de funções e relações que determinam formalmente as missões que cada unidade da organização deve realizar, e os modos de colaboração entre essas unidades. Assim, a cada unidade é delegado certo poder para exercer a sua missão e os mecanismos de coordenação asseguram a coerência e a convergência das ações.

De acordo com o referencial Strategor, a estrutura de uma instituição apresenta três características principais: a especificação, ou seja, o modo e o grau de divisão do trabalho; a coordenação, que trata do(os) modo(os) de colaboração instituídos entre as unidades; e a formalização, isto é, o grau de precisão na definição das funções e das ligações.

Com relação ao modo e o grau de divisão do trabalho, a estrutura de uma instituição, caracteriza-se por sua forma principal de especialização, que trata do modo como compõem suas atividades, seja por funções (recursos humanos, financeiro, etc.), por grupo de produtos (exames, cirurgias, vacinação, etc.), ou outras formas. Esse modo de especialização vai depender da complexidade da instituição e deve se adaptar às variadas situações com que a instituição é confrontada.

No que diz respeito à segunda característica da estrutura, a forma clássica de coordenação dentro de uma instituição continua sendo a hierarquização representada por uma pirâmide, onde os supervisores estão acima de seus subordinados numa relação de cima para baixo. Numa visão mais moderna, as relações verticais de supervisor-subordinado completam-se por mecanismos de relações horizontais, como comissões, grupos de trabalho e projetos. A hierarquia assegura a coordenação, seguindo as linhas determinadas pela especialização principal. Além disso, a coordenação se apoia em mecanismos de circulação de informação que não se dissociam da estrutura propriamente dita. Esses mecanismos contribuem para a eficácia e para a flexibilidade das ligações hierárquicas e horizontais e constituem, com a estrutura, um todo indissociável, que se analisa em último caso como um instrumento de tratamento da informação com vista à tomada de decisão.

Por fim, a formalização trata da existência da lei escrita. Várias instituições possuem seus manuais de organização que descreve a estrutura, as funções que a compõem, as ligações entre unidades e setores e, por vezes, até as tarefas que cada um deve realizar, sendo um instrumento que fixa o quadro de funcionamento. Dessa forma, os gráficos e os organogramas traduzem mais intenções do que realidade. Assim, o desenho formal da estrutura representa um compromisso firmado num determinado momento entre os elementos do passado, os condicionantes do presente e uma visão de aposta no futuro. A estrutura real é o resultado da interação dinâmica desses três componentes e a sua perenidade depende de sua capacidade de integrar as necessárias adaptações ligadas à vida da instituição.

Para as instituições que se deparam com a necessidade de fazer rapidamente modificações voluntárias, de responder a necessidades de mudanças, ou ainda de se ajustarem às consequências imprevistas de evoluções esperadas, as palavras chave são movimento e flexibilidade.

Existem diversos modelos de estruturas, no entanto todos apresentam limitações. Aceitar que existe essa heterogeneidade conduz a uma nova paisagem organizacional, como também a uma renovação das práticas de gestão e das relações empregador/empregados e supervisor/subordinado, passando de uma visão patriarcal para uma relação de pares, sendo esta relação fortemente privilegiada nas instituições de saúde.

A função do dirigente evolui para uma visão estratégica, para o desenvolvimento da capacidade de mobilização das sinergias estruturais e de criação de uma liga cultura que aproxime os fins e as motivações. Desvia-se da especificação normalizadora e orienta-se para a condução de processos de assistência e de resolução de problemas.

As instituições devem evitar os reflexos redutores de centralização, normalização, uniformização e regulamentação, bem como a ambiguidade tradicional da relação delegação-controle. Não devem confundir uma estruturação consciente e explícita da cooperação entre atores com uma espécie de reflexo comunitário visando fazer assentar a integração na fusão de pontos de vista dos atores. Uma vez admitido que a interdependência de cooperação entre os atores é essencialmente diversificada, pertencer a uma

comunidade regida por valores e por uma forte visão compartilhada dos desafios permite aos indivíduos viver de maneira extremamente positiva.

Os embasamentos teóricos sobre estrutura apontam para diversos modelos ditos como tradicionais ou normativos que dificultam a comunicação e o enfrentamento de eventuais problemas que exigem decisões rápidas para melhor adaptação aos cenários. Para o referencial Strategor, fica claro que a estrutura tem relação direta com a estratégia e vice versa, pois em ambos o entendimento da missão é fundamental. Para que a estrutura responda bem aos objetivos da instituição seria melhor lançar mão de uma estrutura menos normalizada, formalizada com base em resultados, aproveitando as potencialidades de cada ator dentro do processo.

Decisão

Qualquer escolha tomada no ambiente institucional constitui-se em termos de responsabilidade e de poder, e, portanto, essas escolhas consistem num espaço de liberdade políticas para aqueles que as fazem em processos de decisão que não se explicam pelos problemas colocados em nível de estratégia e de estrutura, mas sim pela maneira como a instituição trata esses problemas. A decisão é a parte menos visível da política institucional, no entanto, é o seu principal motor, pois, é por meio dela que as ideias, os sentimentos e as ambições dos indivíduos transformam-se em ações estratégicas. A definição de decisão estratégica está assentada ao processo pelo qual a instituição modifica a sua estratégia real. É, portanto, por meio dos processos de decisão que introduzem as mudanças capazes de levar uma instituição do ponto t para o ponto $t+1$. É dentro dessa parte da política institucional que assentam as discussões sobre o planejamento, os processos de decisões, o domínio da estratégia e o problema da formação da estratégia e da sua evolução ao longo do tempo.

O planejamento institucional é um processo formalizado de tomada de decisão, que elabora uma representação pretendida do estado futuro da instituição e especifica as modalidades de concretização dessa vontade. É, portanto, um processo explícito que se apoia em um método e que se desenvolve no tempo e no espaço, segundo um programa pré-determinado (um plano). É um modo

de tomada de decisão que se distingue, em particular, pelo seu caráter formalizado, sem que signifique que seja inteiramente codificado.

O planejamento caracteriza-se por uma atitude de compromisso, baseada na antecipação, na finalização e na vontade. Requer o exame prévio de um conjunto de problemas e de ações para avaliar a possibilidade de se levar aos resultados pretendidos, com mais segurança e mais eficácia do que decisões tomadas aleatoriamente. Determina, de maneira explícita, um estado desejado ou desejável num determinado horizonte e considera necessário realizar ações para atingir esse estado desejado, que não está inscrito no curso natural das coisas.

O processo de decisão, para muitos, pode se colocar como uma ação bastante evidente do ser humano. No entanto, ao discutir a decisão, enquanto grupo ou instituição, pode-se apontar particularidades curiosas, no sentido de mostrar problemas provocados pela decisão coletiva. A decisão estratégica não pode ser tratada como uma atividade individualista e isso demonstra que o processo de decisão não é simples e está implicado por questões complexas, pois está relacionado com o coletivo. Nesse contexto, é importante ressaltar que as decisões tomadas dentro de uma instituição repercutem sobre todas as áreas.

A partir da caracterização de Mintzberg sobre a estrutura institucional tradicional, Crémadez e Gâteau detalham algumas características das instituições do tipo profissional, que interferem diretamente sobre o processo decisório (RIVERA; ARTMANN, 2006).

1) Primazia do centro operacional: os serviços de saúde compreendem um grande número de unidades bastante independente, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado. Isso significa que estas unidades são mais importantes do que outras instâncias institucionais, por reunirem saber e autonomia suficiente para tomar suas próprias decisões. Dessa forma, cada um desses centros operacionais se diferencia por possuir suas próprias normas, procedimentos, usuários diferenciados e pela ligação que possuem com entidades ou sociedades de especialistas, como sociedade de cardiologia, sociedade de anesthesiologia, de oftalmologia, entre outros.

2) Debilidade da tecnoestrutura: a tecnoestrutura tem um fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais da instituição, a não ser na dimensão econômica.

3) A logística é importante: o tipo de coordenação respectiva é do tipo procedural (uma sequência de instruções - rotina, sub-rotina ou função - associadas a um nome próprio) e por resultados e se efetiva de maneira centralizada.

A organização diferenciada do universo médico e do logístico pode gerar problemas de coordenação. Destaca-se que essa expansão da importância dos meios logísticos, tipicamente médicos, como tecnologias hospitalares e equipamentos, resulta num conflito de influências entre os administradores e profissionais da área médica, assim como gera conflitos dentro da própria comunidade médica.

4) Ausência de linha hierárquica rígida: a direção não tem capacidade nem competência para dirigir diretamente os chefes dos vários serviços. Atua diretamente por meio da tecnoestrutura e dos serviços funcionais e/ou instâncias de negociação.

Essas características apontam para uma forte diferenciação, com muitas dimensões.

5) Diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial: o administrativo volta-se para instâncias de regulação, persegue objetivos quantitativos e econômicos, num perspectiva política, articulando o curto e o longo prazo. Por outro lado, o mundo assistencial, percorre objetivos mais qualitativos, ligados a uma perspectiva de mais curto prazo, representada pela demanda dos pacientes. Estas atividades são exercidas de maneira liberal e têm uma fraca pertinência organizacional. O nível hierárquico, no mundo assistencial, está determinado pela competência.

6) Diferenciação entre logística e centro operacional: a logística está organizada de maneira mecanicista e coordenada segundo critérios econômicos, de forma centralizada. Já o mundo assistencial é descentralizado e organizado segundo o saber próprio e especializado, especialmente o saber médico. Dessa forma, ocorrem choques entre a administração e o centro operacional no que diz respeito ao controle dos equipamentos e das tecnologias médicas descentralizadas.

7) Diferenciação no centro operacional: existe uma forte especialização horizontal, assim como uma diferenciação no interior de cada serviço entre várias categorias de profissionais e entre o corpo médico e paramédico.

É necessário respeitar algum grau de diferenciação, valorizar as diferenças sem buscar homogeneidade ou simetria, pois a diferenciação é fonte de eficácia.

A prática decisória em organizações profissionais é incrementalista, dado o resultado de suas características estruturais e dinâmicas, ou seja, as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores institucionais, sem uma perspectiva de conjunto, havendo assim uma justaposição de objetivos, não se verificando um processo de formulação de uma estratégia anterior. A estratégia seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional e pontual. Dessa forma, a estratégia emergente é fruto de uma inflexão ou de um deslocamento discreto da estratégia anterior sob a influência de decisões sucessivas, não geradas de forma global na instituição.

Outro ponto a ser destacado sobre a dinâmica institucional dos serviços de saúde refere-se ao seu fechamento/isolamento em relação ao ambiente externo e ao baixo sentimento de pertencimento à instituição por parte dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a postura tomada com relação ao ambiente é sempre reativa, pois a instituição está centrada sobre si mesmo.

Para inverter essas tendências, o processo de decisão estratégia pode contribuir, pois objetiva ajudar a criar uma cultura em que o ambiente seja percebido como recurso, onde se antecipam as tendências do ambiente de modo a atuar criticamente sobre ele e onde a instituição desenvolva sinergias e parcerias de modo a trabalhar dentro da premissa de redes de colaboração.

Numa abordagem de gestão estratégica existe o rompimento entre o estratégico e o operacional, objetivando minimizar essa divisão verticalizada. A gestão estratégica baseia-se no poder de decisão difundida pela instituição sobre o aproveitamento de uma oportunidade e não numa decisão centrada no dirigente. A direção dá as orientações, os valores centrais do projeto institucional, mas não decide sobre a estratégia, pois esta depende de todos os atores da instituição (ARTMANN, 2002).

Para além da maneira como se tomam as decisões estratégicas, produz-se um fenômeno que interfere largamente com a estratégia, a ponto de, às vezes, paralisá-la. Trata-se da identidade institucional, que consiste na imagem coletiva da instituição para todos os que lá trabalham. Identidade é uma

imagem infinitamente mais complexa, que não se confunde de forma alguma com a imagem externa (percebida pelos clientes, fornecedores, usuários dos serviços), que é facilmente manipulável pela publicidade e pelas relações públicas.

Identidade

A identidade procede de uma cultura interna da instituição. Nesse entendimento, seja qual for o modelo adotado em qualquer uma dos três eixos da política institucional tratados anteriormente, a condicionante humana estará presente em todas elas. Assim, a estratégia tem que ser aplicada por uma coletividade humana. A ação coletiva passa pelo cérebro humano, e sofre, portanto, a filtragem da sua capacidade cognitiva e dos seus afetos. A ação também passa por uma estrutura, com o jogo de influências, de coligações, e de manobras. A organização é composta por pessoas que têm certa presença e a ação coletiva numa determinada instituição encontra-se geralmente marcada por uma lógica coerente que a distingue de qualquer outra. Essa lógica é constituída e firmada no tempo, dá à instituição certa continuidade, permite a cada pessoa identificar essa instituição e, em certos casos, identificar-se com ela. É o que se chama identidade.

A identidade coletiva é uma expressão que não implica uma profissão de fé unânime. A instituição não é uma comunidade orgânica nem psicológica. Ela é e continuará a ser um lugar de tensões e conflitos, e isso porque não há instituição sem poder. Nessa perspectiva, a ação econômica coletiva é sempre complexa, a coerência interna do grupo humano que se encarrega disso nunca está assegurada, e a corrupção do poder é uma tentação permanente. Em face de todas essas questões que afastam do foco principal, o imperativo de sobrevivência da instituição impõe-se a todos.

A palavra identidade institucional é um correlato do conceito de cultura. A cultura contempla as representações sociais compartilhadas sobre a instituição e a sua missão, dada sua história e seu papel na sociedade. O conceito de identidade acrescentaria, a esta visão integradora, uma dimensão que está oculta pela cultura: a dos jogos dos atores e de seus mecanismos psíquicos (STRATEGOR, 2000).

Nessa perspectiva, a cultura é significativa da identidade, esta entendida como algo que recupera a função ideológica das representações institucionais. A palavra identidade é mais adequada do que a palavra cultura, embora seja mais usada na literatura. Quando se trata de procurar as vias da liberdade de agir, cultura é um termo mais passivo, mais manipulado, ficando no nível mais superficial das ideias e valores ou de convicções, como aquilo a que se convencionou chamar de universo simbólico (as ideologias, mitos, ritos, tabus, normas de comportamento que os exprimem). A identidade inscreve-se no nível das paixões. A noção de identidade interroga sobre os modos de emergência dessas imagens e desses símbolos, é aí que se encontra o verdadeiro problema do poder (STRATEGOR, 2000).

A identidade recupera a função ideológica das representações institucionais e a sua lógica de poder. Nesse sentido a identidade é entendida como um tipo de lógica coerente de uma instituição, uma visão coletiva, partilhada, procedente de influências internas e externas. Está assentada na base de uma sorte de contrato psicológico entre cada indivíduo e a instituição, que define a natureza e a força de sua identidade com ela (RIVERA; ARTMANN, 2006).

Uma instituição constrói-se sobre valores, quando não é vivida pelos seus membros como sendo somente um instrumento econômico, mas como sendo também fonte direta de satisfação pessoal, intelectual e afetiva. Por esse fato, produz uma identidade que os seus membros podem subscrever, que pode marcar todos os aspectos da vida da instituição e garante uma integração social que vai muito além dos mecanismos formais de coordenação, particularmente hierárquicos.

A satisfação é proporcionada por via dos ideais pessoais ou imagens de si: orgulho do que se faz, sensação de realizar algo que faz sentido, lealdade. A instituição e os líderes estão presos à ideologia que criam e é isso que faz a eficiência da primeira e a grandeza dos segundos.

A instituição é formada por “agentes sociais”. Quando um indivíduo vem trabalhar numa instituição, ele traz consigo suas propriedades socioculturais, sua história e seus hábitos.

Rivera e Artmann (2006), apoiados em atores como Crémadez e Gâteau, apontam que a crise de identidade numa instituição está atribuída à modificação de determinados paradigmas tradicionais. O resultado do impacto

de mudanças de diversos paradigmas enfraquece o contrato psicológico que liga os indivíduos à instituição. No campo da saúde pública, alguns paradigmas contribuem para criar uma crise de identidade, sendo eles: a mudanças do paradigma da medicina, a mudança do paradigma do serviço público e a mudança do paradigma profissional.

Para esses autores, a mudança do paradigma da medicina está relacionada com a intervenção gerencial, onde o estilo liberal profissional diminui e se intensifica o controle administrativo da estrutura institucional. Nessa lógica, o trabalho médico, por exemplo, se insere nessa estrutura, onde a medicina passa a ser vista sob uma nova perspectiva. Assim, a atuação médica eficaz passar a supor uma articulação entre a medicina orgânica/positivista e o enfoque ecológico perde sentido. Nessa perspectiva, também perde sentido o agir isolado do médico, as parcerias se tornam indispensáveis e a busca da solidariedade entre os atores passa a ocupar o centro das atenções.

Com relação às mudanças do paradigma dos serviços público, os limitados recursos e as dificuldades em prestar acesso universal e igualitário fez com que muitos serviços se monopolizassem, atuando com excessiva independência. Acredita-se, nessa perspectiva, que o serviço público deve aceitar a concorrência, a avaliação, a necessidade de escuta dos usuários e a abertura ao ambiente. O serviço público deve se tornar competitivo internamente (racionalizando seus recursos e trabalhar em rede), privilegiando a ideia de contratualização e formas de cooperação e parcerias.

A mudança do paradigma do profissional pauta-se na perspectiva de que a experiência profissional deixa de ser a base da competência, uma vez que a renovação cada vez mais rápida dos conhecimentos e tecnologias tornam os recursos cognitivos anteriores obsoletos, o que provoca um crescimento da especialização e uma regressão da autonomia dos especialistas. Uma maior interpenetração entre o técnico e o econômico é provocada pela crescente complexidade técnica. Nesse sentido, a formação e atualização profissional tornam-se elementos chave da competência profissional. Assim, a possibilidade de operar reorientações profissionais (mudança de especialidades) torna-se primordial, tanto para o desempenho da carreira individual, quanto para a eficiência institucional.

A discussão sobre esses paradigmas coloca em questão os principais traços da identidade institucional que seriam: “a não explicação dos projetos organizacionais, a justaposição de objetivos, o isolamento dos profissionais e dos serviços, a recusa à avaliação das competências, o corporativismo profissional, a predominância dos critérios técnicos sobre os econômicos, a marginalização da gerência, a pouca preocupação com o ambiente externo, entre outros” (ARTMANN, 2002. p. 73).

Essas mudanças e quebras de paradigmas resultam num crise de identidade, que acentua sentimentos e reações negativas, especialmente pelos grupos dominantes, como os médicos. Por outro lado, a instituição tende a se tornar mais reativa em relação ao ambiente externo, superestima recursos e encara o futuro com inquietação. Deste cenário de crise de identidade, fazem parte às necessidades de fortalecer a regulação administrativa e a introdução de critérios econômicos de gestão dos centros operacionais, o que ameaça a autonomia.

Um caminho para enfrentar esse cenário de crise de identidade e renovar o contrato psicológico entre os atores e a instituição, está a gestão estratégica. Alguns fatores resultantes desse impacto sobre identidade institucional seriam: a formulação de um projeto institucional baseado nas sinergias e parcerias, o processo de análise estratégica, a socialização da informação, e a valorização da interdependência institucional.

Formular um projeto institucional estruturado, com base nas sinergias e parcerias, e induzido pela gestão estratégica, coloca em evidência soluções que têm impactos psicológicos favoráveis, possibilitando escolher aquelas aqueles projetos que colaborem para um maior ganho coletivo e que favorecem o compartilhamento de recursos. Nesse caso, a gestão estratégica permite que estratégias individuais se combinem dentro de uma estratégia de conjunto. A formalização da informação, das análises e dos planos favorece a apreensão da instituição pelos atores.

O processo de análise estratégica possibilita a criação de lugares de encontro, o que estimula a reflexão coletiva (intra e inter grupo profissional), distribui as responsabilidades entre os grupos, cria novas unidades, aumenta as interfaces externas. O sistema de poder evolui para o estabelecimento de transversalidades e de interdependências. A natureza técnica e econômica das

decisões conduz para relações de colaboração entre os administradores e profissionais de saúde, havendo mais integração e formalização.

A socialização da informação promove o conhecimento mútuo, numa gestão negociada, acentuando a necessidade de sinergias e parcerias operacionais. Os agentes institucionais passam a se encontrar mutuamente e a se conversar. Nesse contexto, os valores passam a ser questionados, trazendo-os à tona como fundamento das decisões. Em função da possibilidade do encontro, a rigidez das posições corporativas dá lugar a posições mais flexíveis.

A instituição evolui para uma valorização da interdependência, numa aproximação positiva do sentido de bem coletivo da atividade. Os atores institucionais apropriam-se da instituição com informação, formalização e análise e desenvolvem uma motivação para a ação.

Considerando a característica processual, adaptável, e nuançada dos projetos dos vários serviços, é necessário que os diversos atores subscrevam uma carta de intenções estratégicas geral, como meio de dar unidade às iniciativas locais, tal como o grande projeto estabelecido. Assim, como o discurso e a real modificação de comportamento, há uma distância importante, torna-se fundamental que se assuma a análise estratégica como um processo exploratório, interativo e progressivo, como aprendizagem permanente.

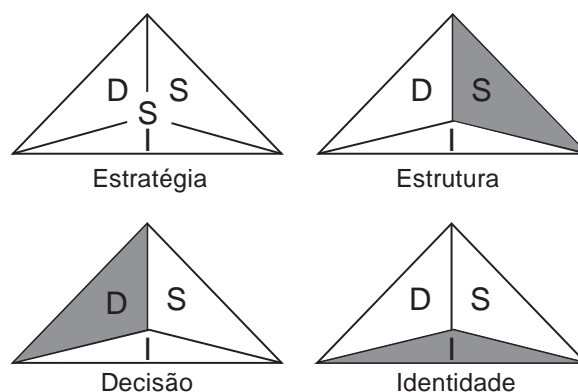
O tetraedro de Strategor

A política institucional foi dividida em quatro grandes partes como se fossem as faces de um tetraedro. A organização das abordagens apresentadas por Strategor também foi dividida mas, não se pode pretender que na realidade, os fenômenos apontados classifiquem-se numa dessas quatro categorias de maneira estanque, pois a realidade é sempre mais complexa do que aquilo que dela se pode dizer.

As discussões apresentadas reúnem teorias e modelos, mas não cessa a discussão, uma vez que se buscou fazer uma abordagem global da política institucional, adaptando-a a saúde pública.

Os quatro determinantes da política institucional podem ser representados na figura de um tetraedro, em que estão ligadas duas a duas por arestas comuns, ou seja, estratégia, estrutura, decisão e identidade não podem ser

consideradas independentes umas das outras, mas sim como um conjunto estruturado.



D – Decisão; S (central) – Estratégia; S – Estrutura; I - Identidade

Figura 1 – O tetraedro da política institucional

Fonte: STRATEGOR, 2000.

Notavelmente, a ligação entre a estratégia e a estrutura é muito forte, tal como a estratégia e a identidade, mas todos os elementos da política institucional estão ligados uns aos outros, como é mostrado na figura acima. Estratégia e estrutura influenciam-se mutuamente. Estratégias de diversificação induzem uma maior divisão da estrutura, por exemplo, tomando uma estratégia de especialização futura muito mais difícil. Existe também uma ligação muito forte entre a estrutura e os processos de decisão, como por exemplo, uma estrutura muito descentralizada irá se adaptar mal as instâncias de decisão do topo da gestão.

Observa-se uma dupla influência na relação entre estratégia e processos de decisão. A distribuição do poder permite estabelecer uma ligação entre esses dois elementos. A relação entre processo de decisão e identidade é da mesma natureza que as anteriores. Processos burocráticos ou formalizados não permitirão que se desenvolva uma identidade gestora, mas tenderão a perpetuar uma identidade do tipo burocrática. A implantação de um sistema de planejamento ou de controle só pode fazer-se validamente após uma reflexão sobre a identidade. Os desafios criam problemas e exigem transformações num ou noutro sentido. Assim, a importância do líder como agente de mudança é um dos instrumentos de correspondência entre identidade e decisão.

Na relação existente entre estrutura e identidade, a estrutura colabora para forjar a identidade, por meio do mapa de poderes que induzem. O

organograma pode ser explícito ou implícito, oficial ou oficioso, mas do conhecimento de todos. Nesse contexto, para transformar a identidade, uma das possíveis soluções seria criar uma identidade paralela, modificando o organograma. Em compensação, a identidade preexistente influencia a evolução da estrutura, que pode ser considerada como uma produção simbólica da identidade. Associa-se assim uma identidade do tipo gestora a uma estrutura flexível e descentralizada ao invés de uma identidade do tipo burocrática a uma estrutura mecanicista fortemente hierarquizada.

A utilização do referencial Strategor apresenta-se como uma potente ferramenta para lançar um olhar analisador mais ampliado sobre o processo de implementação de políticas públicas. Isso é possível uma vez que os quatro determinantes da política institucional permitem apontar para questões pouco visíveis e difíceis de mensurar por meio da utilização de instrumentos de avaliação. O referencial de Strategor possibilita ampliar o leque de análise, apontando para particularidades do processo de tomada de decisão, da complexidade humana presente dentro das instituições, na dinâmica da estrutura institucional e a partir daí uma análise da estratégia assumida pela instituição para implementar determinada política. A partir dessas possibilidades, o método adaptado de Strategor tem potencial para dar conta da complexidade de análise do processo de implementação ao despertar para um olhar voltado para o modo como uma instituição se organiza perante a necessidade de implementar uma política pública.

O referencial de Strategor como método de análise, compreende um referencial rico para dar conta da complexidade de análise de implementação de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao lançar mão desse foco de análise abre-se um amplo campo de oportunidades que poderão apresentar resultados de análise bastante diversos, a depender do contexto local pesquisado, bem como dos objetivos de análise definidos pelo pesquisador. De qualquer maneira, os resultados poderão apontar para questões até então pouco discutidas, uma vez que os estudos sobre análises de políticas públicas têm direcionado o seu foco especialmente para as etapas de formulação de política pública, em especial à definição da

agenda política, assim como para a avaliação das políticas públicas, especialmente na aferição dos resultados alcançados com base nas metas pré-estabelecidas. Dessa forma este método se propõe a abarcar uma visão mais ampliada do processo de implementação de políticas.

É fato que o campo da análise de políticas é amplo e complexo. Buscou-se discutir aqui uma proposta que poderá se mostrar eficiente para esse fim, uma vez que o método aponta para questões relevantes, podendo se tornar um importante instrumento analisador do processo de implementação, já que congrega quatro grandes áreas da política institucional.

O referencial de Strategor é amplo e abre um campo de oportunidades para compreender a instituição, possibilitando apreender o desenho de estruturas de incentivo e os arranjos cooperativos em redes de implementação. A proposta metodológica adaptada desse referencial direciona o seu foco para a análise de implementação de políticas e, para isso, trouxe de forma concisa os principais elementos dos determinantes da política institucional, mas que se mostram úteis para viabilizar este instrumento de análise.

Não cessa aqui o aprofundamento desta temática, mas é posto em cena um novo olhar para o processo de implementação de políticas públicas brasileiro, contribuindo para desvendar os 'elos de ligações' presentes na dinâmica institucional que interferem diretamente sobre o processo de implementação de políticas. Da formulação até a avaliação dos resultados, uma política percorre uma longa cadeia de atores. Estes atores estão presentes nas mais diversas instâncias e funcionam como potências que contribuem ou não para o alcance dos resultados esperados. Criam inovações que podem modificar o sentido ou mesmo transformar completamente a noção de resultado da política.

Por fim, o referencial de Strategor aqui apresentado destaca-se como instrumento analisador estruturado, que promove discussões de caráter estratégico e possibilita reflexões sobre os determinantes da política pública. Nesse sentido, afirma-se como uma ferramenta que possibilita resgatar a etapa da implementação, desvendando esse 'elo perdido' ao ponto de conferir a ele uma posição chave dentro do processo de fortalecimento da ação governamental.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009.
- ARAUJO, M. de J. D. de; ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C. Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, jun. 2013.
- ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C.; RIVERA, F. J. U. Desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um Instituto de Pesquisa em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013.
- ARTMANN, E. Enfoque da *Démarche Stratégique* na Gestão Hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002a. p. 277-323.
- ARTMANN, E. Demarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. Teses (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. São Paula. 2002. 379 p.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.
- FAVACHO, J. C. P. **Gestão estratégica da maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará: a Démarche Stratégique em questão** [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2001. 101 p.
- LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2013.
- LOPES, C. M. B. '**Démarche Stratégique**': uma metodologia a ser proposta para a gestão hospitalar brasileira [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1997. 124 p.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. Tradução: Ailton Bonfim Brandão. 2ª ed. 5ª reimpressão. São Paulo. Ed. Atlas. 2009. 336 p.

PEREZ, J. R. R.. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In.: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. Editora Cortez. 6ª Edição. São Paulo. 2006, p. 65 - 73.

RIBEIRO, J. L. L. de S. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. In: LORDÊLO, JAC.; DAZZANI, MV., (Orgs.). **Avaliação educacional: desatando e reatando nós**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 57-84. ISBN 978-85-232-0654-3. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/wd/pdf/lordelo-9788523209315.pdf>>.

Acesso em: 10 dez. 2013.

RIVERA, F. J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU. **Análise Estratégica em saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p. 17-35.

RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Jan. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

RIVERA, F. J. U. ; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In. RIVERA. Francisco Javier Uribe. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão da Escuta**. Editora Fiocruz. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro – RJ. 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, jul. 2011 .

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. de. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. UNICAMP. 2000. Disponível em: <http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>.

Acesso em: 15 jun. 2013.

SOUZA, R. M. P. **A démarche estratégica**: uma abordagem teórico-metodológica [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1997. 106 p.

STRATEGOR. **Política Global da Empresa: Estratégia, estrutura, decisão, identidade**. 3ª edição actual. Lisboa, Portugal: editora Dom Quixote,. 2000. 416p.

VIANA, L. BAPTISTA, T. W. de F. Análise de políticas de Saúde. In.: GIOVANELLA, L., Org. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Ed. FIOCRUZ, 2008. 1ª Reimpressão. 2009, p.65-105.

3 OBJETIVOS

A partir das discussões apresentadas na introdução e nos dois artigos teóricos anteriores, são apresentados abaixo os objetivos que nortearão esta pesquisa. Os conteúdos teóricos apresentados servirão de base para a elaboração dos instrumentos de pesquisa, de análise e discussão dos resultados.

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar o processo de implementação de uma política pública de saúde no município de Venda Nova do Imigrante/ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar a implementação da política municipal de saúde do Hiperdia sob o foco dos determinantes da política institucional;
- ✓ Identificar os facilitadores e dificultadores do processo de implementação da política municipal de saúde;

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo propõe-se analisar o processo de implementação de política de saúde no município de Venda Nova do Imigrante/ES, tomando como foco de investigação a implementação do Hiperdia entre os anos de 2002 a 2010. Visa analisar o processo de implementação desta política de saúde sob o foco dos determinantes da política institucional abordados por Strategor (2000). Busca-se ainda identificar os avanços e limites na visão dos atores que participaram desse processo de implementação, tal como o seu potencial de influenciar outras experiências semelhantes.

O período analisado corresponde a três gestões municipais. As duas primeiras gestões foram do mesmo grupo político. Nesse período, significativas mudanças ocorreram no tocante à organização da rede municipal de cuidado aos hipertensos e diabéticos, o que levou o município a receber reconhecimento nacional como experiência exitosa, por meio de uma avaliação que considerou os indicadores de saúde e o processo de trabalho no âmbito dessa política. O autor desta análise foi membro da equipe de governo na secretaria municipal de saúde durante todo o período analisado.

4.1 O CONTEXTO DA PESQUISA

O município de Venda Nova do Imigrante/ES possui uma área de 185.909 km². Está localizado na região serrana do Estado do Espírito Santo a 100 km da capital Vitória (ANEXO 1). Segundo dados do IBGE (2010), sua população era de 20.447 habitantes. A Secretaria de Saúde possui a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL, 1996).

A população, no que se refere à conformação dos hábitos e da cultura, apresenta-se, em sua maioria, descendente de italianos, decorrente do processo de imigração do final do século XIX. Essa característica aponta para costumes específicos da alimentação, convivência social, trabalho e renda. Cerca de 60% da população vive em área urbana, mas, o município também apresenta uma população rural (VENDA NOVA DO IMIGRANTE, 2005).

Quanto aos serviços de saúde, até o ano de 2010, o município contava com cinco unidades básicas de saúde, três delas com equipes de estratégia saúde da família e saúde bucal, uma unidade de atendimento especializado (consultas especializadas realizadas por meio Consórcio Intermodalidade Pedra Azul, formado pelos municípios da região), um hospital de pequeno porte, filantrópico, contratualizado com o SUS, um laboratório de análises clínicas municipal, além dos serviços de agendamento de consultas e exames, auditoria, vigilância em saúde, transporte sanitário, farmácia básica, entre outros. Possuía, nesse ano, 40% de cobertura de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 100% de cobertura de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), além de equipe de saúde bucal que atendia na unidade da sede.

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial ao Diabetes mellitus, lançado em 2001, e aprovado pela Portaria GM/MS nº 16, de 03 de janeiro de 2002, se propôs a vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo o acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. A finalidade do plano foi subsidiar tecnicamente os profissionais da atenção básica numa perspectiva de reorganizar a atenção a esses pacientes em todo o país (BRASIL, 2001). Importante ressaltar que a implementação de políticas públicas se dá por meio de sua tradução em programas, projetos e planos que irão orientar a sua condução (SILVA; MELO, 2001). Nesse sentido, entende-se que o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus traduz a política nacional voltada atender às necessidades de reorganizar a atenção.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o SIS-Hiperdia se configurou como um sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos. Esse sistema foi proveniente do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e passou a ser implantado em todos os municípios do país. O sistema possibilitou gerar informações aos gestores municipais, estaduais e do Ministério da Saúde. O Sistema permitia o acompanhamento dos pacientes, garantia do recebimento de medicamentos prescritos, além de informações

epidemiológicas sobre o perfil desta população, desencadeando estratégias de saúde pública voltadas para esse grupo de risco para melhoria na qualidade de vida e redução do custo social.

No município de Venda Nova do Imigrante, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial ao Diabetes Mellitus foi comumente chamado de “Hiperdia”, apesar de esse nome estar associado ao sistema de informações, SIS-Hiperdia.

Este estudo de caso único, de caráter exploratório, buscou analisar sob o enfoque dos determinantes da política institucional, como se deu o processo de implementação dessa política de saúde neste município. Não se pretende alcançar uma generalização estatística, mas sim analítica, uma vez que representa uma situação com características necessárias para aprofundar o aprendizado sobre as questões levantadas pela investigação frente ao caso estudado (SAMAJA apud SOLLA, 2010).

“a análise aprofundada sobre a dinâmica que interfere um dado programa ou política pode identificar variáveis contextuais importantes que podem facilitar o alcance dos resultados esperados. Conhecer tais fatores e o seu papel para a implementação da política estudada pode permitir melhor desempenho” (SOLLA, 2010, p. 25).

A implicação com este estudo fundamenta-se na possibilidade de ampliar o olhar para o âmbito municipal no que se refere às práticas de gestão que respondam às complexidades locais, abordando formas concretas e efetivas de implementação de políticas públicas. Para ampliar essa compreensão, é singular o uso de ferramentas que permitam uma análise global da instituição, sendo para isso utilizado o enfoque dos determinantes da política institucional no âmbito da estratégia, estrutura, decisão e identidade, como método para alcançar o objetivo desta pesquisa.

4.2 O ENFOQUE DO ESTUDO

O enfoque utilizado neste estudo consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa. É também possível, neste tipo de abordagem, incorporar questões de significado e intencionalidade inerentes aos atos produzidos nas relações humanas (MINAYO, 2004).

Ao tratarem da abordagem qualitativa, Silva e Menezes (2001) apontam que, entre o real e a subjetividade dos sujeitos, há relações indissociáveis, não sendo possível traduzir tais relações em números, já que sua interpretação envolve a compreensão dos fenômenos e a atribuição de significados por parte do pesquisador.

Para elaboração do instrumento de pesquisa deste estudo (APÊNDICE B) foram utilizados os determinantes da política institucional (estratégia, estrutura, decisão e identidade). Adotou-se a entrevista individual com roteiro semiestruturado, elaborado para permitir analisar cada uma dos quatro determinantes da política institucional. É mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário.

O planejamento do roteiro semiestruturado contém os pontos mais importantes que nortearão o pesquisador na condução da entrevista. Serve como meio de orientação para o pesquisador e não pode ser confundido como limitador de falas dos entrevistados (MINAYO, 2004).

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados coletados neste estudo se basearam em relatos dos principais atores envolvidos na implementação da política municipal do Hiperdia (secretário de saúde, coordenadora de vigilância em saúde, coordenadora de controle, avaliação e auditoria e profissionais de saúde), num total de 06 pessoas, conforme descrito no Quadro I.

QUADRO I – Quadro dos entrevistados.

Atores	Cargo/Função	Quantidade de Entrevistas
Governo Municipal	Secretário Municipal de Saúde	01
Coordenações da SEMUS/VNI	Coordenadora de Vigilância em Saúde	01
	Coordenadora de Controle, Avaliação e Auditoria	01
Profissionais de Saúde	Médicos e enfermeiros	03
TOTAL		06

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2013, pelo próprio pesquisador, e consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas e na análise documental, utilizando fontes de dados secundárias disponíveis nos Sistemas de Informações do SUS (DATASUS), além de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, como os planos de saúde, relatórios de gestão, termo de compromisso de gestão, pacto de indicadores, atas do conselho municipal de saúde, protocolos, ofícios, entre outros documentos relacionados ao assunto.

Foram realizadas as entrevistas, com o uso do roteiro semi-estruturado, mediante agendamento prévio com os atores que tiveram envolvimento direto com o processo de implementação do Hiperdia no município. As entrevistas aconteceram em locais de escolha do entrevistado. Após esclarecimento e mediante o consentimento dos entrevistados, as falas foram registradas em um gravador digital para posteriormente serem transcritas na íntegra. Segundo Gaskell (2002), as entrevistas semiestruturadas têm valor fundamental na medida em que permite a produção de conteúdos emitidos diretamente pelos envolvidos nas questões de interesse.

Para Minayo (2004), essa técnica de pesquisa caracteriza-se pela comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil como meio de coleta de informações sobre um determinado tema. O pesquisador tem a função de descobrir o que é significativo nas falas dos entrevistados, suas preocupações, interpretações e visões de mundo. Nessa abordagem o pesquisador busca um conhecimento mais aprofundado de seu objeto de pesquisa. Por meio de suas respostas, o entrevistado expressa opiniões, valores, sentimentos e atitudes, sendo a entrevista um momento de interação social sujeita às dinâmicas das relações que existem na sociedade como um todo. Dessa forma, a entrevista proporciona informações que auxiliam na compreensão das relações entre os sujeitos e sua situação (GASKELL, 2002).

Para análise e processamento dos dados coletados nas entrevistas foi utilizada a Análise Temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido da comunicação cuja presença e frequência possam trazer significação sobre o objetivo do estudo. Este método de análise contempla as fases de pré-análise,

exploração do conteúdo e o processamento dos resultados (MINAYO, 2001). Ainda na elaboração do roteiro de pesquisa foi definida a classificação das categorias com base nos quatro determinantes da política institucional, sobre as quais foi possível organizar os resultados e a discussão dos resultados das entrevistas.

4.4 DESENHO DO MÉTODO

Para viabilizar a análise do processo de implementação da política do Hiperdia, foi necessário elaborar um esquema que permitisse classificar os dados coletados. Após uma pré-análise do conteúdo transcrito, foi realizada a classificação das falas buscando identificar os núcleos de sentido dentro de cada um dos quatro determinantes da política institucional. Para isso elaborou-se um esquema gráfico, tomando como base o tetraedro apresentado por Strategor (2000), que discute as ligações entre os determinantes, a fim de identificar as correlações entre cada um dos quatro determinantes da política institucional (FIGURA 1).



Figura 1: Modelo gráfico de análise dos dados.

A elaboração deste esquema foi necessária, pois na análise das entrevistas, algumas falas apresentaram relação com mais de um determinante, reforçando assim a ligação existente entre eles, não sendo possível tratá-las em separado. Esse esquema gráfico foi essencial para identificar e correlacionar os núcleos

de sentido das falas. Ressalta-se que esse esquema de classificação dos conteúdos é didático, apresentando os determinantes de forma isolada, no entanto, enfatiza as correlações existentes entre eles, representadas nas intercessões dos círculos.

Nessa perspectiva de correlações, conforme afirmam os autores do Strategor (2000), a estratégia tem ligação com todos os demais determinantes, não sendo possível falar de estratégia sem falar dos demais. Por isso, a estratégia está situada no núcleo de intercessão de todos os círculos. Por sua vez, a decisão tem ligação com a identidade institucional e com a estrutura; a estrutura tem relação com a identidade e com a decisão; e a identidade institucional está ligada fortemente à estrutura e à decisão.

As falas foram marcadas dentro do esquema gráfico conforme o sentido de cada uma, respeitando-se as correlações existentes entre elas. Por exemplo, as falas que expressaram relação com a identidade e com a decisão, foram marcadas na intercessão entre os dois círculos correspondentes a esses determinantes. Da mesma forma, as falas que tiveram relação com a estratégia, foram marcadas no centro de intercessão dos círculos, e assim sucessivamente. Ao final foi possível identificar os núcleos de sentido de cada fala, o que facilitou a análise e interpretação dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos quatro determinantes da política institucional, os resultados serão apresentados e discutidos considerando a análise sobre: 1) o processo decisório no contexto municipal; 2) a estrutura institucional da secretaria municipal de saúde; 3) a identidade da secretaria municipal de saúde e 4) a formação da estratégia institucional no município. Nessa perspectiva, apresenta-se ainda uma análise sobre os facilitadores e dificultadores desse processo de implementação, na visão dos atores entrevistados,

A lógica de organização dos resultados e discussão foi meramente didática. Deve-se considerar que os determinantes da política institucional se complementam, permitindo assim realizar uma análise do processo de implementação de forma mais ampliada. Também se tomou o cuidado de focar nos objetivos deste estudo evitando-se aprofundar discussões que se distanciasse do sentido proposto.

Foram entrevistados alguns dos principais atores envolvidos no processo de implementação do Hiperdia, sendo eles:

Governo Municipal: Secretário Municipal de Saúde – Graduação em Administração de Empresas, com oito anos de experiência no SUS;

Coordenações da SEMUS/VNI:

- Coordenador da Vigilância em saúde – Graduação em História, especialista em Gestão em Saúde, com 15 anos de experiência no SUS;
- Coordenadora do controle, avaliação e auditoria – Graduação em Biologia, especialista em Gestão em saúde, com 20 anos de experiência no SUS. Também foi a Secretária de Saúde no período de 2009 a 2011;

Profissionais de Saúde:

- Médicos – um médico especialista em Saúde da Família e Comunidade e um Cardiologista; e
- Enfermeiro – um enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família com cinco anos de experiência no SUS.

5.1 O PROCESSO DECISÓRIO NO CONTEXTO MUNICIPAL

O principal motor da política institucional é a decisão. Embora seja a menos visível, é por meio dela que as ideias, sentimentos e ambições se transformam em ações estratégicas. Nesse sentido, as mudanças que ocorrem dentro de uma instituição são resultado de processos decisórios (Strategor, 2000).

Ao discutir os resultados das entrevistas, alguns pontos apresentados abordam questões chaves para analisar como se deu esse processo decisório no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do município de Venda Nova do Imigrante (SEMUS/VNI).

Inicialmente, o município não dispunha de uma diretriz definida que tratasse a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes mellitus (DM) de forma organizada. As ações eram realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, fortemente centradas nas ações médicas, sem obedecer a uma lógica de organização.

“Antes os pacientes vinham até a unidade apenas para pegar o medicamento. O paciente participava do grupo, mas ninguém sabia o que ele era. Se era alto, médio ou baixo risco. Não podia ser só pressão alta ou baixa. Só medicamento. Tinha que conhecer a história familiar, se fumava ou não, se fazia exercício físico.”
[Profissional 2]

De acordo com as entrevistas, os principais fatores que contribuíram para despertar a necessidade de trabalhar a HA e o DM vieram do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial ao Diabetes mellitus. Na ocasião, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) deu início à discussão sobre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), conforme relatado pelos gestores.

“As DANTs traziam para a gente as doenças crônicas. Foi quando a gente começou a mexer com a hipertensão” [Gestor 3].

Os resultados desta pesquisa mostraram que o início do processo de implementação partiu da gestão municipal, induzida pela SESA e pelo Governo Federal. Na perspectiva do papel do gestor municipal do SUS, Souza (2009) destaca que um dos grandes desafios é justamente buscar uma organização sanitária que contribua para a consolidação do sistema. Assim, o mais

importante nessa dimensão é identificar os interesses e fortalecer as relações com os aliados para assegurar os quatro principais objetivos da gestão: 1) a sustentação social do projeto político do SUS; 2) a viabilização institucional do projeto político; 3) o fortalecimento da condução técnica da organização de saúde; e 4) a garantia da coordenação administrativa da organização.

“A gente começou a mexer com a maneira de trabalhar essas doenças (as DANTs). E partiu-se da ideia que a gente tinha que fazer alguma coisa, no nível de práticas, na secretaria de saúde. De trabalhar melhor o hipertenso, na base do Programa Saúde da Família” [Gestor 3].

“Nós, municípios, sempre estamos ligados ao Estado, e nas reuniões com o Estado, citavam alguns municípios que tinham o índice de internação um pouco elevado, e o nosso município foi um deles. Foi onde a gente viu a necessidade de trabalhar esse tema com mais afinco” [Gestor 2].

Quanto aos dados de morbimortalidade registrados no município, esses foram fundamentais no processo decisório, pois esses foram percebidos tanto pelos gestores quanto pelos profissionais de saúde.

“Tínhamos indicadores muito elevados de mortalidade. Morria-se muito por causa das doenças cardiovasculares e se internava muito” [Gestor 1].

“A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares era muito alta, e tinha o consumo desenfreado de medicamentos, sem controle nenhum. Quando surgiu essa política do hiperdia a gente viu como uma grande ‘válvula de escape’ para que a gente pudesse fazer um trabalho que viesse a impactar diretamente o problema de saúde pública no município” [Gestor 1].

“Para mim o que motivou foi que, quando eu cheguei aqui, o número de internações e de AVC era muito elevado para uma cidade desse tamanho” [Profissional 3].

“tínhamos um dificuldade muito grande de trabalhar com o diabético e com o hipertenso. Como o serviço não era organizado a gente não conseguia manter um controle.” [Profissional 1]

Observa-se nas falas que existe uma diferenciação entre o mundo assistencial e o mundo administrativo, conforme apontam Rivera e Artmann (2006). Os gestores, ligados ao mundo assistencial, destacam como principais fatores do processo decisório os indicadores de saúde e o custo com medicamentos, atentando-se para critérios mais econômicos e quantitativos. Já o profissional, ligado ao mundo assistencial, aponta para critérios mais qualitativos e voltado para questões que interferem diretamente sobre a atenção prestada ao paciente.

A partir do reconhecimento do problema, foi necessário começar a pensar na definição de uma estratégia. No entanto, o processo decisório não é uma atitude simplória, tampouco individualista. Existem os problemas provocados pela decisão coletiva que merecem serem considerados, especialmente nas instituições organizadas sob o enfoque profissional, onde existe uma forte autonomia dos centros operacionais, tal como são os serviços de saúde. Qualquer decisão tomada dentro de uma instituição repercute sobre todas as áreas. Daí a complexidade do processo decisório.

O primeiro passo dado pela SEMUS/VNI, no que diz respeito ao seu planejamento institucional, foi identificado no seu plano de saúde que apontou as diretrizes voltadas para a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes mellitus (DM). O planejamento institucional foi formalizado numa representação pretendida do estado futuro, no entanto, nos planos, não foram definidas as modalidades de concretização dessa vontade.

Os instrumentos que formalizaram essas decisões globais foram os Planos Municipais de Saúde (PMS). O PMS 2002-2005 trazia no seu item 16.0 Objetivos/Estratégias da SEMUS o objetivo de “controlar as doenças e agravos prioritários”, dentre as ações estratégicas para alcançar esse objetivo constava “Aumento de detecção dos casos de Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial”. Como metas estratégicas definiram “Implantar sistema de acompanhamento aos portadores de hipertensão” e “Implantar sistema de acompanhamento aos portadores de diabetes”, ambos em 95%. O quadro do PMS 2002-2005 trouxe como metas anuais (VENDA NOVA DO IMIGRANTE, 2001).

Já o PMS 2006-2009 trouxe de forma mais estruturada os objetivos, ações e metas relacionadas à HA e ao DM, conforme descrito a seguir.

Objetivo

Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas.

Estratégia

- Implementar ações do programa Hiperdia com instituição de uma coordenação municipal.
- Garantir o fornecimento do medicamento e insumos necessários aos doentes acompanhados pelo programa de hipertensão e diabetes.
- Atuar em conjunto com os programas ESF e PACS, descentralizando o atendimento ao usuário;
- Manter a oferta de exames de análises clínicas e ecocardiograma para diagnóstico das doenças cardiovasculares;
- Monitorar as AIH através do serviço de auditoria municipal;
- Realizar palestras com profissional nutricionista ou técnico capacitado com os grupos do HIPERDIA objetivando a promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Realizar busca ativa aos usuários cadastrados, que estejam afastados dos grupos e reuniões do programa.

Fonte: VENDA NOVA DO IMIGRANTE, 2005.

A análise do conteúdo dos PMS transcritos acima aponta para uma preocupação da SEMUS/VNI em reduzir especialmente as complicações de hipertensão e diabetes, baseada em indicadores quantitativos. Cabe destacar que os PMS 2002-2005 e 2006-2009 constituíram-se em instrumentos formais, que foram elaborados pela gestão, na época. Percebe-se que os indicadores traçados como prioridade equivalem aos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, pactuado entre município, Estado e Ministério da Saúde. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica resultou da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS-SUS 01/01), que objetivou um contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. A NOAS-SUS 01/02, veio como estratégia para assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01/01. A partir de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde tiveram que desencadear diversas atividades de planejamento e de gestão, alinhadas aos preceitos estabelecidos na NOAS-SUS, de forma a torná-la uma realidade concreta (BRASIL, 2002).

Essa situação normativa, traçada a partir do nível nacional, aponta para a imposição de políticas de saúde de “cima para baixo” (*top down*). Nesse sentido, aqueles que tomam as decisões sobre quais políticas são prioritárias, nem sempre dominam as características locais, o que pode resultar na não implementação da política, ou mesmo no não alcance dos objetivos traçados no momento da definição da política pública (VIANA; BAPTISTA, 2009).

Apesar disso, os resultados evidenciam que os profissionais da SEMUS/VNI assumiram um posicionamento que colaborou para que a implementação não fosse tratada de forma impositiva. De acordo com os atores entrevistados, o que propiciou esse processo decisório foi a “gestão estratégica” assumida pela direção que possibilitou maior aproximação entre o núcleo estratégico e os centros operacionais. Dessa forma, o processo decisório mostrou-se como um processo colegiado e participativo.

Esse posicionamento assumido pela SEMUS/VNI, que propiciou a aproximação e a participação nas decisões foi afirmado pelo profissional.

“As equipes de estratégia saúde da família tinham uma ligação muito boa com o nível da gestão. Então nós tínhamos um papo muito aberto, um acesso muito bom na época. A gestão trouxe dados da importância da padronização do trabalho” [Profissional 1]

Percebe-se que, a gestão estratégica fundou-se na lógica de aproximação entre o núcleo estratégico e o centro operacional, ancorada no poder de decisão difundido pela instituição e não centrado no gestor/diretor. Nessa lógica, a gestão orienta e aponta o projeto institucional, mas a definição da estratégia para implementá-lo depende de todos os atores envolvidos, em todos os níveis do sistema.

Na perspectiva do processo de implementação do SUS, Campos (1998) afirma que inúmeras experiências foram pensadas para ampliar a democracia nas instituições de saúde. A própria descentralização de poder para os municípios (municipalização) e a formação dos conselhos de saúde está entre esses dispositivos, em oposição aos modelos burocráticos do Estado. Nesse sentido, um bom método de planejamento, por si só, não dispensa um bom sistema de negociação para garantir a real implantação do plano elaborado.

Importante destacar, nas falas dos entrevistados, uma correlação bastante próxima entre o processo de decisão e a estrutura. Ao analisar a relação entre estrutura e decisão, são apontadas questões que revelam especificidades do processo de implementação da política do Hiperdia no município. De modo geral, a estrutura está relacionada com as responsabilidades e o poder capilarizado dentro da instituição. Dessa forma, a estrutura colabora para as escolhas a serem seguidas. Essas escolhas são tomadas com base na maneira como os atores tratam os problemas, pois as decisões vão além de abordagens racionais ou normas internas (STRATEGOR, 2000). No processo de participação profissional nas instâncias de gestão, colaborar para o desenvolvimento da autonomia dos profissionais nos serviços de saúde seria um dos objetivos ou finalidades de uma política de saúde. Assim essa autonomia consistiria num processo que permitisse maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

A autonomia dos profissionais de saúde para definir a estratégia e as ações de implementação da política do Hiperdia mostrou-se essencial para a efetividade do trabalho.

“Os próprios profissionais arregaçaram as mangas e começaram a trabalhar por conta deles. Mesmo sabendo das dificuldades, nenhum profissional desanimou. Todos queriam ir para frente e ver a diferença” [Profissional 3].

Os profissionais de saúde assumiram a condução técnica das discussões, provavelmente pelo fato de possuírem o conhecimento necessário para organizar a rede de cuidado...

“Aconteceu da gente (os profissionais de saúde) tomar a iniciativa. Não foi o secretário da prefeitura que chegou e falou ‘vamos fazer isso para ver se a gente consegue melhorar’. A gente que tomou a iniciativa” [Profissional 2].

Daí a importância da autonomia desses profissionais para tomar decisões juntamente com a gestão.

“Tinham outras ações a serem desenvolvidas no município, mas em discussão na própria Secretaria de Saúde e com os profissionais de saúde a gente viu que tínhamos que trabalhar com o Hiperdia em detrimento até de outras coisas, porque esse problema era muito gritante no município” [Gestor 1].

Por meio da gestão estratégica foi possível criar momento de encontros, aproximando a gestão dos centros operacionais. Esses momentos ocorriam com frequência e a partir deles foi possível identificar HA e o DM como problemas a serem enfrentados.

“Os hipertensos vinham no grupo basicamente para pegar o remédio e ir embora” [Profissional 1]

“o Hiperdia era um problema estabelecido? Era. E a gente tinha que focar. Então começou as reuniões” [Gestor 1].

Todos os atores puderam participar do processo decisório e colaborar ativamente para definir as estratégias a serem seguidas. Isso reforça a importância do exercício da autonomia e da decisão ocorrerem dentro de um processo democrático.

Desses momentos de encontro entre os gestores e profissionais de saúde, deu-se início a elaboração de um protocolo municipal voltado para atenção aos hipertensos e diabéticos, que foi chamado de “Protocolo Municipal de Hipertensão e Diabetes”. Este protocolo foi o meio encontrado para sanar alguns problemas identificados, especialmente para organizar a rede de cuidado municipal para atenção aos pacientes com HA e DM. A adoção de um protocolo foi decidida coletivamente por todos os envolvidos.

“Em uma das reuniões de equipes do PSF foi apontada a necessidade de criar um protocolo” [Profissional 1].

“Disso aí saiu: Vamos classificar o que fazer de efetivo? Aí, vamos fazer um protocolo” [Gestor 1].

“Pegamos os profissionais que atendiam, não era só eu. Chamamos os outros médicos, enfermeiros. Aí a gente começou a fazer reuniões e montamos (um protocolo) baseado no que a gente trazia da literatura. O que seria melhor para fazer o processo andar. Ninguém

fez nada sozinho, foi um grupo de pessoas, cada um fez a sua parte”
[Profissional 2].

Todos os envolvidos puderam colaborar com suas sugestões na definição das ações que seriam assumidas. Nesse ponto, é dado destaque para o que Campos (1998) denomina de cogestão, onde todos decidem, deliberando sobre interesses conflitantes, baseado na negociação permanente, na discussão e em recomposição de outros desejos, interesses e com outras instâncias de poder.

Ressalta-se ainda que “o sucesso da implementação de uma política depende de *links* entre diferentes organizações e departamentos no nível local” (SOLLA, 2010, p.107). Nesse sentido, a implementação requer um elevado grau de cooperação que se não ocorrer, pode resultar na acumulação de uma série de pequenos déficits criando grande falha no processo de implementação.

“Chamar o pessoal e discutir junto foi tranquilo. Se eu chego lá e coloco o que eu penso, querendo impor a atividade e o que tem que ser feito, a participação é só minha. Não sei se iria criar aceitabilidade das pessoas. Então o trabalho em grupo é muito importante. A equipe tem que estar junto. Sozinho ninguém faz nada”
[Profissional 2].

“Todo mundo participou. Não foi uma decisão unilateral não. Foi um trabalho em conjunto. Porque quando se faz um protocolo a gente padroniza as ações. Padronizando as ações, o papel de cada um no processo fica muito bem detalhado dentro do protocolo” [Gestor 1].

Embora a elaboração do protocolo tenha ficado nas mãos dos profissionais de saúde, provavelmente devido ao domínio das questões técnicas, nos encontros sempre estavam presentes os gestores, que também participavam das discussões. O papel dos gestores nessas discussões esteve mais voltado para questões estruturais e logísticas, como apoio aos profissionais de saúde para as decisões técnicas.

“A gente deu todo apoio. A gente deu apoio na gestão para que realmente a coisa pudesse avançar. Então, dentro da possibilidade da gestão, a gente tentou fazer o possível para que realmente a gente tivesse êxito” [Gestor 1].

Assim como afirma o gestor, os profissionais também descreveram esse apoio.

“Na época a gente não teve nenhuma dificuldade com a coordenação. A gente tinha um dia que a gente marcava e vinha escrever o protocolo. Acho que na época fazia isso de 15 em 15 dias” [Profissional 3].

Segundo Mintzberg (2009), nas instituições de saúde, o poder está descentralizado nas mãos dos vários atores que a compõem. Esse poder é entendido, segundo Testa (1995), como uma capacidade de manipular recursos (no seu sentido econômico), informações e interesses (nas mãos de algumas pessoas, grupo social, instituição). Assim, possibilitar aos atores envolvidos participar do processo de decisão foi uma maneira de exercitar o poder disseminado dentro da organização e fortalecer parcerias e sinergias.

O reconhecimento conjunto dos problemas associados à HA e ao DM foi uma maneira de analisar o ambiente interno e externo, atuando criticamente sobre ele, especialmente para o desenvolvimento de sinergias e parcerias. Nesse caso, o envolvimento entre os profissionais das equipes de ESF, da atenção especializada, principalmente o cardiologista e a endocrinologista, a vigilância em saúde, laboratório, assistência farmacêutica e gestores foram essenciais para a organização da rede de cuidado.

“Participaram os profissionais do PSF, médico e enfermeiro. Também participaram o farmacêutico, bioquímicos, psicólogo, assistente social, nutricionista, a Secretaria de Saúde como um todo. Toda a área que fazia parte do protocolo participou” [Gestor 3].

De acordo com os entrevistados, fez parte da definição da estratégia à formalização de um plano institucional, neste caso o protocolo municipal, com as diretrizes a serem seguidas por todos os atores, que colocou em evidência questões que impactam favoravelmente o contrato psicológico, pois permitiu escolher as ações que colaboram para um maior ganho coletivo.

Nessa perspectiva, é importante destacar que o contrato psicológico, segundo Rivera e Artmann (2006) depende do papel da liderança, do papel da comunicação e da apropriação da instituição pelos atores para ser renovado. Com relação ao papel da liderança, as situações de crise exigem a presença do poder de motivação de líder. Tal liderança deve comunicar a capacidade de

assumir a iniciativa e de explorar as novas regras do jogo. Parte-se para uma posição mais solidária, centrado no coletivo, valorizando as contribuições mútuas, a comunicação, de forma menos hierarquizada e mais transparente. A liderança deve ajudar a proteger a imagem do sistema político como um processo de ação interativa consensual e contributiva, e não como um jogo de pressões aleatórias. O papel da comunicação contribui para uma linguagem comum integrando os discursos individualistas numa perspectiva global, como forma de ampliar a coesão social. Dessa forma, a comunicação implica em, reconhecer o outro como legítimo outro, em reconhecer as expectativas dos interlocutores, em reconhecer a imagem que projetamos para os outros e em comparar esse imaginado com o desejado.

De forma geral, no âmbito do processo decisório, as entrevistas mostraram que a criação de momentos de encontros estimulou uma reflexão coletiva sobre os problemas identificados coletivamente, que contribuiu para o exercício da corresponsabilidade sobre os problemas e sobre as possíveis soluções compartilhadas entre os envolvidos. Nesse caso, o poder de decisão foi estabelecido com base na transversalidade e interdependência dos atores, devido ao aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos, numa dinâmica multivetorializada, em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade.

Além disso, a gestão estratégica permitiu que as estratégias individuais se combinassem dentro de uma estratégia de conjunto, propiciada pelos momentos de encontro e pela abertura da gestão no sentido de discutir conjuntamente com os profissionais a melhor forma de resolver os problemas. Ressalta-se que, dentro de uma ideia de visão compartilhada, proposta por Peter Senge, cabe ao gestor tentar projetar e desenvolver processos contínuos em que as pessoas, em todos os níveis funcionais e hierárquicos, possam dizer sinceramente o que realmente lhes importa, ou seja, o conteúdo de uma visão compartilhada só pode emergir por meio de um processo coerente de reflexão e conversação (RICHE; MONTE ALTO, 2001).

5.2 A ESTRUTURA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os estabelecimentos de saúde são caracterizados, segundo Mintzberg (2009), por estruturas do tipo profissional, dada a predominância da padronização por habilidades e não por processos, tendo os centros operacionais como elemento principal. A partir dessa compreensão, a estrutura, para Strategor (2000) consiste num conjunto de funções que determinam formalmente as missões que cada unidade da instituição deve realizar e os modos de colaboração entre elas. De forma simplificada, a estrutura pode ser representada pelo organograma.

Os serviços de saúde possuem características estruturais que a diferem de outros tipos de instituições. Por se tratar de uma estrutura caracterizada profissionalmente, esses centros operacionais possuem uma forte autonomia para decidir sobre quais atitudes tomar. Cada centro operacional se diferencia por possuir normas, procedimentos e usuários próprios (Rivera e Artmann, 2006).

O que assegura a coerência e a convergência das ações são os mecanismos de coordenação. Nesse sentido a estrutura de uma instituição pode ser entendida ao analisar a sua estrutura institucional, onde estão explícitos os setores e suas competências. Ao apontar para a delegação de poder que cada unidade assume para exercer sua função, entra em jogo a autonomia que cada setor possui para realizar as suas competências. Quanto às coerências e convergências, esses estão relacionados com os mecanismos de coordenação e liderança existentes na estrutura institucional. Os modelos estruturais tradicionais ou normativos dificultam a comunicação e o enfrentamento de problemas que exigem decisões rápidas para melhor adaptação aos cenários (STRATEGOR, 2000), ou seja, estruturas muito extensas e com muitos níveis, afastam o nível estratégico dos centros operacionais, dificultando ainda mais a comunicação e especialmente a compreensão dentro da instituição.

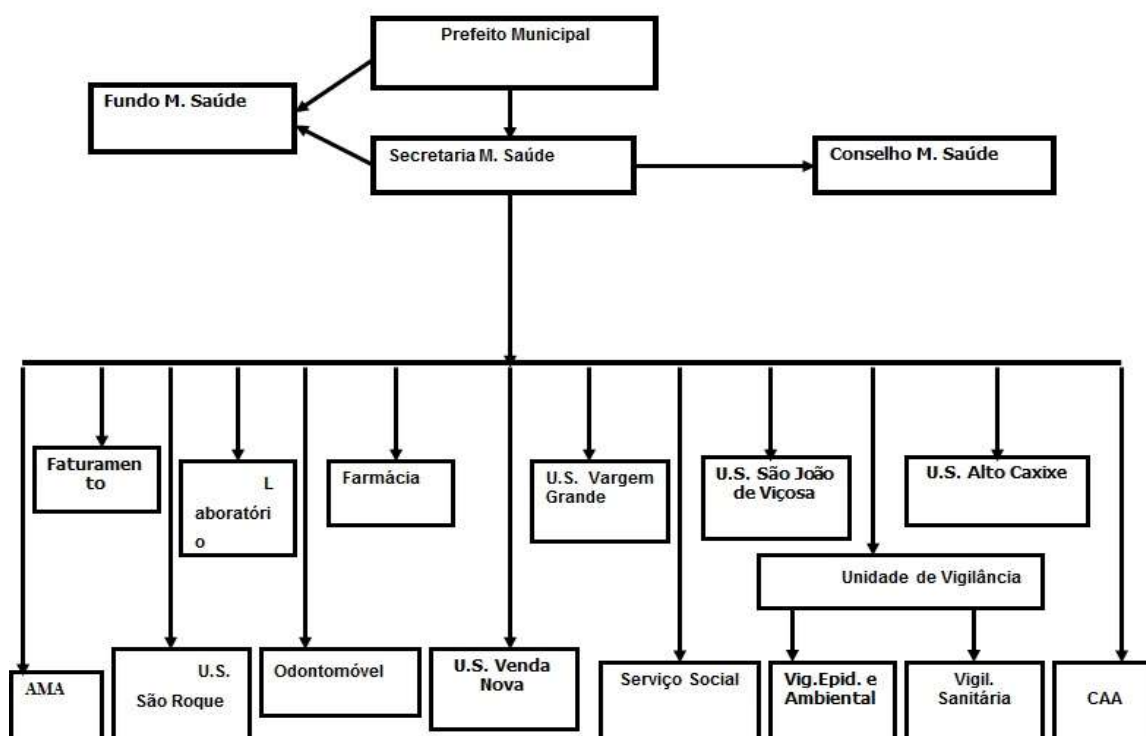
A relação direta entre a estrutura e a estratégia é fundamental, pois em ambos, o entendimento da missão institucional é importante. Para que a instituição responda bem aos objetivos traçados, seria melhor lançar mão de uma estrutura menos normalizada, formalizada com base em resultados,

aproveitando as potencialidades de cada ator dentro do processo, de forma participativa e coletiva.

A lógica tradicional de gerenciamento nos serviços ainda carrega traços do taylorismo, onde o poder está centralizado em chefes, no controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc.) e no comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc.), na elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e na quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos (CAMPOS, 1998).

Para analisar o processo de implementação sob a perspectiva da estrutura institucional é preciso entender como a SEMUS/VNI estava estruturada. A estrutura institucional da SEMUS/VNI é apresentada na figura abaixo.

Figure 1 - Organograma SEMUS Venda Nova do Imigrante/ES. 2001.



Fonte: VENDA NOVA DO IMIGRANTE, 2001.

Observa-se que a estrutura na época era bastante horizontalizada, sem muitas divisões em linhas hierárquicas. Esse tipo de estrutura pode ter colaborado

para a aproximação e discussão entre os setores, assim como a para a coordenação menos normativa.

Importante ressaltar, na perspectiva do aprendizado institucional, segundo Senge (1994), que não se pode somente visualizar as estruturas individualizadas, fragmentadas e isoladas, e ignorar as estruturas subjacentes, pois isso causaria sensação de impotência em situações mais complexas. Nesse entendimento, as estratégias de negociação e comunicação adotadas pela gestão, contrárias à normatização mecanicista de processo, são postas, de acordo com Rivera e Artmann (2006), como meio para a cristalização de pactos normativos capazes de fazer a coesão nas instituições de saúde. O sistema de gestão deveria reforçar o ajustamento mútuo e a negociação dos interesses em instituições de saúde, caracterizadas pelo poder profissional, não concentrado, mas fortemente compartilhado, ou distribuído pelos vários centros operacionais e nos núcleos profissionais e operacionais.

5.3 A IDENTIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Um dos determinantes mais complexos da política institucional é a identidade, pois ela trata das condicionalidades humanas presentes em todas as instituições. É justamente nesse ponto que estão presentes os jogos de poder no interior da instituição. É a identidade que permite que haja ou não uma colaboração dos atores envolvidos, especialmente aqueles presentes nos centros operacionais, para que uma determinada estratégia seja posta em prática (STRATEGOR, 2000).

As falas, especialmente dos profissionais de saúde, apontam para questões voltadas para o reconhecimento da missão institucional, por adotarem o papel de protagonistas na definição da estratégia, colocando-se como corresponsáveis pelas ações e também pelos resultados alcançados.

“Os profissionais que estavam ligados à rede eram os que tinham um compromisso com o trabalho, queriam ver a diferença, e outra, nós tivemos um apoio muito grande do nível central, da parte da gestão, esse apoio motivou fazer. Os profissionais que estavam trabalhando tinham reconhecimento dos gestores, então isso motiva muito a continuar trabalhando” [Profissional 1].

“O empenho e envolvimento de toda secretaria para poder desenvolver esse trabalho, não só da parte dos profissionais da ESF, não só da coordenação, mas sim da parte central de um modo geral” [Profissional 1].

As instituições estão permeadas por valores explícitos ou implícitos que atravessam as decisões e as regras. Esses valores estão intimamente ligados à identidade institucional. A definição de uma estratégia pauta-se sobre os valores presentes na instituição, determinados pelas crenças acerca da natureza humana e do mundo, resultantes da experiência, da educação e da reflexão pessoais. Esses valores são resultado de fenômenos complexos e dependem, por exemplo, das crenças e dos valores dos gestores e dos profissionais, da normativa legal existente, dos valores sociais de cada momento histórico, da tradição cultural, entre outros. Tais valores são definidos com base em um conjunto de ideias, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, símbolos e ritos que estão presentes na cultura institucional. É a apropriação dos valores que impulsionam a proteção e promoção da dignidade das pessoas a partir da missão institucional dos serviços de saúde (ZOBOLI; FRACOLLI, 2006).

“As pessoas que queriam realmente trabalhar, porque a gente sabe que pode ter um quadro de funcionários imenso, mas se as pessoas não tiverem vontade de fazer acontecer, não tem dinheiro que faça acontecer. É envolvimento dos profissionais” [Gestor 1].

“O povo se apoderou do negócio e fez acontecer. Quando existe um envolvimento das equipes no processo, a coisa funciona e é interessante que a gente na época tinha pessoas realmente envolvidas com o processo” [Gestor 1].

Apesar das falas mostrarem o envolvimento dos profissionais, também houve resistência de alguns profissionais.

“A gente viu que teve um pouco de resistência até de colegas médicos, para implantar isso. Pouca participação, às vezes, nas reuniões, pouca opinião. Na verdade, tinha que fazer as coisas acontecerem do seu jeito, porque não tinham muito envolvimento de algumas poucas pessoas, mas a maioria do grupo participou bem” [Profissional 2].

A postura da gestão foi decisiva para permitir esse envolvimento dos profissionais.

“O apoio da gestão, eu acho muito bacana, porque os médicos que se prontificaram a trabalhar realmente vestiram a camisa e depois vieram os outros médicos da ESF que também brigaram para fazer a coisa funcionar redondinha” [Gestor 1].

As falas dos profissionais e gestores reforçam que naquela realidade existiu um comprometimento e corresponsabilidade de todos os envolvidos, em todos os níveis, resultando numa forte autonomia desses profissionais para decidir sobre as ações a serem realizadas. Os resultados alcançados com a implementação do Hiperdia, conforme relatado pelos atores, demonstraram o envolvimento pessoal e afetivo. São justamente essas características, que vão além de questões quantitativas e econômicas, que produzem a identidade e garantem uma integração, para além de mecanismos formais de coordenação hierárquicos, para mecanismos pautados na interdependência coletiva, reconhecida entre os atores. Dessa forma, no processo de implementação, não foi preciso que a gestão indique o caminho a seguir de cima para baixo, mas esse caminho foi traçado com base na autonomia e no envolvimento dos atores.

5.4 A FORMAÇÃO DA ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO

A integração de cada um dos três determinantes discutidos acima resulta na formação da estratégia institucional. A estratégia, nesse contexto, pode ser entendida como a escolha do campo de atividade sobre a qual a instituição irá aplicar seus recursos para se fortalecer e desenvolver. Nesse sentido, definir a estratégia está relacionado com um auto-reconhecimento de suas potencialidades e suas fraquezas, identificando em quais campos ou áreas de atuação possui maior força. Para isso, é necessário, além de reconhecer suas potencialidades e fraquezas, conhecer de forma especial o ambiente externo, identificando as ameaças e oportunidades. Após esse reconhecimento, permite orientar a instituição sobre como melhor aplicar os seus recursos para manter-se competitiva. De forma geral a estratégia vai direcionar a instituição para identificar a sua missão, a sua razão de existência (STRATEGOR, 2000).

A política institucional relaciona-se com a liberdade da instituição, pois a concebe como entidade que persegue objetivos próprios pelos seus meios. A liberdade institucional manifesta-se pela escolha dos objetivos gerais que pretende perseguir e das estratégias que desenvolve para alcançá-los. O que se chama de estratégias, corresponde ao difícil exercício dessas escolhas para se chegar aos objetivos (STRATEGOR, 2000).

Neste estudo, denomina-se estratégia, ao modo, processo, condução das ações para implementar o Hiperdia, ou seja, às definições e escolhas de cada ação até o seu resultado. Todo o processo faz parte da formação da estratégia institucional.

Importante destacar que o foco deste estudo é a implementação do Hiperdia e não uma análise global da instituição. Logo, aquilo que se chamou de missão aplicou-se apenas à política municipal do Hiperdia.

A formação da estratégia na SEMUS/VNI pautou-se na discussão participativa entre todos os atores envolvidos. Por meio de momentos de encontros, propiciado pela gestão estratégica, facilitado pela estrutura existente e pela identidade dos profissionais envolvidos, assim, foram traçados os caminhos para sanar os problemas identificados no município por meio da implementação da política e especialmente na construção da rede de cuidado para enfrentamento da HA e do DM.

A partir da decisão de elaborar um protocolo, foi necessário adaptar a política à realidade municipal.

“A política teve que ser adaptada a nossa realidade. Tinha a política nacional, mas a gente sabe que se a gente for olhar simplesmente a política, ela é feita, mas na hora de aplicar no município a gente tem que fazer muitas adaptações e como esse era um problema que a gente tinha que focar, a gente tentou adaptar a nossa realidade”
[Gestor 1]

A partir de uma análise do ambiente, interno e externo, foram identificados os principais problemas, como a defasagem do protocolo nacional, as dificuldades de adaptação da política à realidade municipal, os elevados indicadores de morbimortalidade, a falta de padronização do processo de trabalho, entre

outros. A equipe priorizou aqueles que julgaram mais importantes e que possuíam condições de enfrentamento e, assim, traçaram como proposta de solução a elaboração do protocolo.

A análise do contexto municipal contou com a participação ativa de todos os atores envolvidos, com a utilização de informações disponibilizadas pela gestão, com a situação dos indicadores municipais, assim como os problemas relatados pelos profissionais de saúde. A simples identificação dos problemas não foi suficiente para se pensar numa proposta de soluções, caso a equipe envolvida, em todos os níveis, não assumisse tais problemas como prioritários.

“A gente mostrou a realidade. Mostramos os indicadores que estavam altos, mostramos que a gente não tinha serviço instalado” [Gestor 3].

A estratégia adotada, por sua vez, sofreu influência da estrutura existente, assim como promoveu alterações na estrutura.

“O excesso de demanda, com muitos pacientes e com pouca estrutura para atender esse monte de paciente. Então nós começamos a pensar numa forma de agilizar o processo de tratamento dando ênfase a quem mais precisava” [Profissional 2].

A estrutura existente ajudou a impulsionar as discussões para alterar a realidade. Após definida a estratégia, a estrutura também passou a ser alterada de forma a permitir que funcionasse conforme decidido pelos atores.

“Tivemos que investir em mais computadores, mais digitadores, nutricionistas, enfermeiros, além do PSF e do PACS, para poder fazer o acompanhamento. Tivemos que implementar mais o laboratório para fazer os exames. A farmácia, nós tivemos que ter uma participação efetiva dos farmacêuticos, no sentido de não deixar faltar os medicamentos” [Gestor 2].

“Alguns exames que eram ofertados esporadicamente na rede, a gente teve que colocar no nosso serviço, fazendo uma adequação ao nosso orçamento, para que a gente pudesse atender” [Gestor 1].

O modo de organização do processo de trabalho para a implementação do Hiperdia pode então ser considerado um diferencial competitivo, que conferiu à SEMUS/VNI uma vantagem competitiva em relação aos demais municípios. Ou

seja, o modo (a estratégia) como foi conduzido o processo de implementação, a partir da vinculação (parcerias e sinergias) foi o diferencial competitivo que possibilitou a construção da rede de cuidado do Hiperdia no município.

“Fomos premiados por experiência exitosa porque a gente trabalhou dentro de uma rede numa linha de cuidado, onde o paciente recebia atendimento na atenção primária e quando ele precisava de referência ele já ia direto” [Gestor 1].

“Eu não tenho isso documentado, mas os dados de uso de medicamentos para infarto no hospital existia um consumo alto logo quando eu cheguei aqui. Fazia muito trombolítico, tinha muito infarto. Depois da implantação desse programa a incidência de infarto foi reduzindo, os infartos não aconteciam da forma mais grave, passaram a ser mais leves, com menor gravidade e risco de vida, com relatos de quem trabalhava no hospital que a compra de tal medicamento quase não comprava mais” [Profissional 2].

O fortalecimento da rede de cuidado do Hiperdia permitiu maior efetividade na realização de exames, dispensação de medicamentos, realização de exames diagnósticos, baseados na real necessidade do paciente. Tudo isso equivale ao reconhecimento e efetividade dos custos internos da instituição, mesmo que isso não tenha sido explicitado nas entrevistas. Por outro lado, a organização do processo de trabalho, facilitado pela implantação do protocolo municipal pode ter contribuído para reduzir os custos e garantir mais eficiência na sua aplicabilidade. Para os pacientes, essa estratégia pode ter resultado na garantia da continuidade do tratamento e na redução de complicações por esses agravos.

“A gente também tomou medidas não farmacológicas, como alimentação saudável, nutricionistas, atividade física. A gente tentou colocar isso em prática para os pacientes” [Profissional 2].

Um ponto de destaque analisado aqui trata da inversão da lógica assistencial (médico-centrada) para uma lógica voltada para a promoção da saúde e prevenção da doença focada na atenção básica. O modelo assistencial é uma das áreas onde se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. Dentre esses problemas destacam-se a “desigualdade no acesso ao

sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações" (PAIM, 2003, p.567).

Esta realidade, segundo Paim (2003) aponta não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinaliza para uma discussão sobre a integralidade da atenção, focada na atenção básica. A integralidade, no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço.

De modo geral, a verticalização é uma marca das políticas de saúde no Brasil, caracterizada, segundo Mattos (2003) pela centralização da formulação, verticalização da implementação e pelo caráter autoritário. Nesse sentido, a noção de integralidade também está relacionada com a organização dos serviços e as práticas associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde.

Baseado nos resultados desta pesquisa, observa-se que no município de Venda Nova do Imigrante a estratégia institucional adotada pela equipe para implementar a política do Hiperdia permitiu alterar o modelo de atenção existente, construindo assim uma rede de cuidados, tendo como foco a atenção básica.

No processo de implementação do Hiperdia, ao fazer a regulação de apoio diagnóstico e clínico terapêutico, buscou-se a eficiência no uso dos recursos (exames, medicamentos, profissionais, insumos), assim como redução de encaminhamentos para especialistas e redução de internações e intercorrências mais complexas. O foco multiprofissional (nutricionistas, educador físico, bioquímico, farmacêutico, Agente Comunitário de Saúde, enfermagem, médicos, etc.), permitiram maior controle e monitoramento do paciente, o que pode ter tornado as ações mais eficientes e com maior produtividade, evitando desperdícios.

Para além desses resultados, isso somente foi possível a partir do reconhecimento, pelos integrantes do processo, dessa rede de cuidado.

“Às vezes temos pouco efetivos, poucos funcionários para poder dar conta. Nós não temos somente a hipertensão, também temos todos os outros programas dentro da estratégia, e a hipertensão é a que mais toma tempo, é onde tem a o maior grupo de pacientes. Então onde você tem a maior demanda, você toma grande parte do seu trabalho, do seu dia, da sua semana, do seu mês, da sua programação em cima da hipertensão” [Profissional 1].

O profissional reforça a ideia de que organizar o processo de trabalho mediante estratégias bem definidas podem contribuir para a redução dos custos e das perdas, uma vez que o trabalho foi organizado para alcançar os melhores resultados. Considerando que o Hiperdia foi um programa definido como prioritário pelo município e que demanda muito tempo para ser implementado, foi necessário organizá-lo para otimizar o trabalho dos profissionais. Na discussão sobre a implementação da política, nas entrevistas, os profissionais e gestores apontam para os resultados mediante sua avaliação pessoal. Por outro lado, o foco deste trabalho está na análise sobre os processos que contribuíram para o alcance desses resultados, concentrando-se numa dimensão que, para os entrevistados, permanece oculta. Nesse sentido, a pesquisa demonstra que houve o fortalecimento da rede de cuidado, pautada na participação de todos os atores envolvidos.

A definição da missão desta política municipal, mesmo que não tenha sido explícita, pode ser identificada nas falas dos entrevistados, pois para todos os atores envolvidos a redução das complicações por doenças cardiovasculares foi o grande objetivo que impulsionou as ações e foi assumido como meta. Essa missão resultou da participação coletiva, da autonomia profissional, da corresponsabilidade e da decisão democrática, por meio da interação entre os gestores e profissionais de saúde, numa lógica de aprendizado coletivo.

O papel da gestão nesse processo aponta para a capacidade de liderança coletiva. A liderança assumida pela gestão nesse processo pode ter colaborado para garantir uma maior relevância às pessoas presentes nesse processo. Nesse sentido, destaca-se a valorização dos atores, a autonomia e a responsabilidade. Importante destacar que, para que haja responsabilização profissional, e para que estes assumam a missão institucional, é preciso,

segundo Rivera (2003), que a liderança desperte para a democratização das decisões e entendimento intersubjetivo, ou seja, mais do que argumentar sobre a sua visão, é preciso que o líder possibilite a todos os envolvidos a chance de argumentação discursiva e a tomada de decisão com base no consenso.

Essa construção coletiva sugere que o planejamento das políticas e estratégias envolva um processo de aprendizagem institucional comunicativa (RIVERA, 2003). Nessa perspectiva, a gestão do futuro, segundo Riche e Monte Alto (2001), deve ser aquela em que as pessoas, em todos os níveis, se comprometam com o projeto institucional e queiram aprender. Assim, o segredo não está em obter a estratégia certa, mas promover o pensamento estratégico, e uma das funções do líder é justamente promover um ambiente de aprendizagem pela difusão do pensamento estratégico (RIVERA, 2003).

Para Peter Senge (1994), as instituições que aprendem são constituídas por indivíduos que continuamente expressam sua capacidade de criar os resultados que desejam. Nessas instituições, são estimulados padrões de comportamento novos e abrangentes, onde a aspiração coletiva ganha liberdade e as pessoas continuamente se exercitam em aprender juntas. Esse tipo de instituição, ainda segundo esse autor, só pode ser construída quando os atores envolvidos compreendem que o mundo não é feito de forças separadas e que, no mundo de hoje, a capacidade de aprender, contínua e rapidamente, é a única vantagem competitiva sustentável.

5.5 PRINCIPAIS FACILIDADES E DIFICULDADES NA VISÃO DOS ATORES

Durante as entrevistas perguntou-se aos atores envolvidos no processo o que eles identificaram como facilitadores e dificultadores no processo de implementação da política municipal do Hiperdia. Cabe destacar que cada facilidade ou dificuldade apresentada deve ser analisada tendo como base o contexto local, pois aquilo que foi identificado como facilitador, neste estudo, pode, em outros contextos, ser identificado como dificultador, e vice versa. Ou seja, o cenário local apontou para características bastante particulares que contribuíram para a implementação do Hiperdia.

Uma facilidade identificada relacionava-se com o resultado alcançado pelo município, assim como a estrutura institucional que colaborou para o desenvolvimento das ações, apontando também para as parcerias existentes. O principal ponto destacado referiu-se à constituição de uma rede de cuidados.

“Para mim, como profissional, foi mega gratificante. Ter certeza que você fez alguma coisa de fato e direito para a sua comunidade, e é isso, se as pessoas fizerem como manda o figurino você vê resultado, que não é da noite para o dia. A gente implantou e o Ministério da Saúde veio aqui em 2011, e a gente viu o número aparecer, é fato, aconteceu. Então isso pra mim é o mais gratificante, eu fiz por onde, ‘missão cumprida’. Se você faz direito, você tem reconhecimento, as pessoas aderem ao tratamento, elas não adoecem. Mas, você tem que fazer vínculo com essa comunidade. Porque a gente tinha medicamento que não faltavam nunca, exames que não faltavam nunca, referência que funcionava ... na verdade o trabalho de parceria, quando toda a rede funciona redonda, não tem erro, você vai melhorar a qualidade de vida da comunidade.”
[Profissional 3].

Ressalta-se que, numa rede de saúde, pode-se supor que os espaços dos fluxos estão constituídos por lugares intercambiadores que desenvolvem o papel coordenador para a perfeita integração de todos os elementos na rede. Esses lugares desempenham funções estrategicamente importantes para construir uma série de atividades em torno de uma função-chave da rede e que são os “nós da rede” (MENDES, 2011). Para que uma rede de atenção se consolide é preciso que esses lugares, ou seja, os seus “nós”, estejam firmes e alinhados com os objetivos da rede.

“Esse espaço de conversa, discussão da conduta, do protocolo, esse tempo gasto que eu falo, que na verdade, não é tempo gasto, que você vai parar o trabalho de ponta, para ir a uma discussão, então para alguns vai achar que aquilo ali é perda de tempo, é melhor ter o profissional trabalhando na ponta, do que ficar atrás de uma mesa, conversando, sobre um assunto que para muitos, acham que é só atender, que já resolve o problema. Nós ganhamos muito tempo com esse tempo empenhado no protocolo, no entanto não existe como você avaliar, o processo funcionou tão bem que você

consegue ver a diferença. Então, assim você vê a quantidade de atendimentos que tinha antes, na parte de urgência e emergência, você via a quantidade de pessoas que tinham problemas, sofria infarto, derrame, ou alguma complicação por diabetes, quando você vê que o resultado diminuiu, não foi em longo prazo, como alguns estudos falam que é com 10 a 20 anos, foi implantado e em 2010 você já tinha o resultado, e até reconhecimento. Então, compensa fazer esse tipo de trabalho” [Profissional 1].

O relato do profissional descrito acima aponta para a importância dos momentos de encontros entre os atores envolvidos na elaboração das estratégias para enfrentamento dos problemas. Esses momentos de discussão coletiva são apontados como fundamentais nesse processo de implementação, caracterizando um avanço.

“Foi uma forma positiva, porque, falando assim parece que foi tudo muito fácil, mas mesmo um grupo sendo todo favorável, querendo ver o negócio funcionar, teve vários pontos que não deram certo, então nesses pontos, o grupo mesmo se reuniu de novo, avaliou, e consertou aquele ponto. Não sei nem te falar quais os pontos deram errados, mas foram vários. Então não é só facilidade, ‘mar de rosas’, você montar um grupo de hipertensos, ainda mais que montamos do zero, não havia um protocolo antes no município, para que a gente só atualizasse. Foi um trabalho que foi em parceira mesmo, entre os profissionais. Uma união muito grande. Não houve uma rixa, não houve esse tipo de problema, então foi muito positivo esse trabalho” [Profissional 1].

O profissional reforça para a necessidade de discussão permanente entre os atores como meio de rediscutir os desvios identificados no período de implementação. Esses momentos poderiam ser chamados de monitoramento e avaliação, que colaboraram para alcançar os resultados.

“Esse processo foi demorado, com grandes dificuldades não em acesso ao Hiperdia, nem em dificuldade de aceitação frente à gestão, mas a dificuldade de ser uma coisa nova. Havia alguns papéis, alguns protocolos, de nível ministerial, estadual... só que era uma coisa muito fora da nossa realidade. É diferente você pegar uma coisa do nível nacional e implantar no nível do município. Então, para

nós a dificuldade foi de adaptar para a realidade do município”
[Profissional 1].

O profissional destaca uma importante dificuldade em implementar uma nova política, que trata da adaptação da política nacional para o nível municipal.

Considerando que a fase de implementação de uma política pública envolve questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores, isso faz desta etapa o momento crucial do ciclo da política. Decisões tomadas no âmbito macropolítico sofrem modificações, pois passam por novas negociações e por consequência por novas decisões e formulações (VIANA; BAPTISTA, 2009). Isso faz da implementação um intenso processo de negociação (SOLLA, 2010). Daí a afirmativa de Silva e Melo (2000), quando apontam que o processo de implementação enfatiza elementos de aprendizado, evolução, adaptação, e implementação como decisão política.

“Mas, é um trabalho gratificante. Você vê resultado muito próximo daquilo que você especificou. O que você quer já se coloca no papel e já se vê resultado perante aquele trabalho, daquela reunião. Colocou em prática, você já consegue ver um grupo sendo montado. E já consegue ver quem é o hipertenso que é compensado, e quem não. Tudo você consegue ter num resultado rápido, e com isso você vai ficando um pouco mais motivado a continuar vendo aquilo ir pra frente”. [Profissional 2]

Mesmo apontando o desafio para se realizar uma adaptação, o profissional conclui que o resultado alcançado, ou seja, a organização da rede de cuidado, compensa o trabalho realizado, sendo esse avanço considerado um motivo de satisfação profissional. Novamente, o foco do profissional está fortemente associado com a qualidade da atenção em curto prazo, voltado diretamente para o cuidado para com o paciente. Este foco no cuidado também foi destacado por outro profissional.

“Acho que o mais difícil é fazer o usuário entender porque que ele tem que fazer aquilo. Se o paciente não tomar conhecimento disso, ele vai fazer mal feito ou não vai fazer o que você está pedindo. Você tem que explicar para ele porque que ele tem que fazer aquilo, porque tem que controlar a pressão, porque que tem que abaixar o colesterol, porque controlar o diabetes” [Profissional 2].

Para Mendes (2011), a conformação de uma rede de cuidado está ancorada em algumas mudanças da lógica da atenção, como, por exemplo, a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado. É nesse ponto que são discutidas questões sobre as perspectivas dos usuários em aderir ou não àquilo que foi proposto pelos profissionais. Esta é uma limitação deste estudo, pois os usuários do serviço não foram entrevistados, não sendo possível, realizar uma análise sobre essas questões.

Já a fala dos gestores aponta para outras questões. Uma dificuldade evidenciada referiu-se às adequações necessárias na estrutura e na relação com as demais instâncias do governo municipal.

“Não foi tão fácil assim, porque dentro da estrutura organizacional da administração já existem os cargos, mas esses cargos na saúde não existiam ou eram muito limitados: o número de enfermeiros, médicos, técnicos. Nós tínhamos que avançar. Nós tínhamos que aumentar esse número de funcionários e para isso tivemos que fazer leis, e serem aprovadas pelo legislativo, coisa que não teve dificuldade. A maior dificuldade era com a parte administrativa, com os secretários de administração e de finanças, porque eles tinham uma visão que a gente ia encharcar a folha de pagamento de funcionário e de salário, e não ia trazer benefício nenhum. Aí que foi um diálogo mais avançado, pois tivemos que mostrar que a gente implementando essa política iríamos conseguir do governo mais medicamentos e incentivos. A dificuldade maior que eu encontrei foi de convencer os administradores, colegas gestores, para poder aceitar esse número maior de funcionários, como nutricionistas, técnicos de enfermagem e médicos. A dificuldade maior não foi com a população, não foi com a equipe de saúde, foi com a administração, para convencer que tinha necessidade de ser implementada a quantidade de funcionários” [Gestor 1].

O trecho acima destaca uma questão que foge do cenário institucional e vai para um ambiente um pouco mais amplo da gestão pública. Para efetivar essa política municipal, não bastava que a equipe técnica e administrativa da secretaria de saúde a adotasse como prioritária, era preciso que as demais

instâncias do governo municipal também compreendessem sua importância e garantissem os meios necessários para sua efetivação.

As práticas da intersetorialidade aparecem aqui como fundamentais nesse processo de implementação de políticas, uma vez que, segundo Junqueira (1997), ela vai além das dimensões das políticas sociais, como é o caso da saúde, para uma interface com outras dimensões da cidade, como a administração geral, controladoria, finanças, meio ambiente, infraestrutura, entre outros, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. Dessa forma, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação dos serviços, alterando toda a forma de articulação dos diversos segmentos da instituição governamental e dos seus interesses. Ressalta-se que esse processo apresenta riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses às vezes contrariados. Nesse sentido, a ousadia de mudar vai precisar da aliança entre todos os que desejam alterar a realidade municipal.

“Vencemos após muito diálogo, inclusive mostrando nossos indicadores de internação, de hospital, mostrando nossos resultados de exames laboratoriais, que tinham muita alteração nos exames, enfim, foi mostrando na verdade o número de pacientes doentes, casos de diabetes altos, hipertensão alta, os números a gente tinha todo por localidade, e foi ali que foi aparecendo os caminhos pra poder contratar os novos funcionários. Com a câmara de vereadores, nunca tivemos dificuldade, porque também a gente trabalhava sempre, não com o máximo de funcionários, sempre com o mínimo, a gente nunca podia colocar uma quantidade grande para também não dar um desfalque grande no orçamento do município, sempre com equilíbrio” [Gestor 1].

Conforme abordado na fala do gestor, o foco da gestão estava muito voltado para os critérios econômicos e quantitativos e, a forma de convencimento dos gestores públicos foi pautada no uso desses dados numéricos e econômicos.

Souza (2009), ao apresentar suas experiências como gestor municipal de saúde, aponta para a necessidade de lançar mão de estratégias que favoreçam a colaboração, por meio da problematização junto ao prefeito e aos demais

colegas gestores, sobre questões necessárias para a articulação intersetorial. Para isso aponta a importância da adoção de rotinas institucionais que envolvam o intercâmbio de informações com outros órgãos, assumindo posturas colaborativas com outras secretarias. Dessa forma, o autor afirma a possibilidade de manter relações colaborativas com muitos setores da administração municipal ou, ao menos, gerir os conflitos sem desgastes desnecessários.

A experiência de Souza (2009) fortalece a importância da análise interna do município, para além da secretaria de saúde, uma vez a adoção de uma política e a definição da estratégia de implementação repercutirá sobre todas as áreas da macrogestão municipal, o que reforça a necessidade das relações intersetoriais. Outro ponto que merece ser destacado é a importância do gestor estar comprometido com o SUS.

Uma facilidade destacada por um gestor foi o próprio cenário municipal.

“Numa cidade ou num bairro menor, ele tem mais a certeza que vai dar certo, numa cidade, num bairro industrial, que muda muito de funcionário, sai gente, entra gente, as pessoas são meio nômades, é mais difícil. Numa cidade pacata, onde não existe muita interferência de desemprego, ou seja, emergente, em algumas situações ele funciona bem, agora onde tem bolsões de trabalho, desemprego, moradia indefinida, eu creio que seria muito difícil de ser implantada” [Gestor 1].

O gestor aponta que o contexto municipal, por ser uma cidade pequena do interior, foi uma facilidade para o avanço dessa política pública.

Por fim, destaca-se um grande desafio encontrado no processo de implementação que consiste na sustentabilidade da política.

“O desafio é fazer com que todos os gestores que passam pela secretaria entendam e compreendam que é importante esse trabalho. Outro desafio muito grande são os profissionais que estão à frente disso continuarem o trabalho que foi iniciado. Você tem o desafio de nível central, da parte da gestão, que é manter um trabalho, que às vezes, quando pega um trabalho bem feito e organizado, não se dá a importância naquilo porque não vai ter

problema com aquilo e acaba deixando de lado, e os profissionais se empenharem, para manter o trabalho feito” [Profissional 1].

A partir das discussões dos atores, são alocados no quadro abaixo os principais facilitados e dificultadores.

QUADRO II - Síntese dos principais facilitadores e dificultadores do processo de implementação do Hiperdia, na visão dos entrevistados.

FACILITADORES	DIFICULTADORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A estrutura institucional; ➤ O papel da liderança; ➤ Monitoramento e avaliação permanente das ações; ➤ Porte do município; ➤ Estímulo da discussão coletiva; ➤ A identidade institucional; ➤ Apropriação da missão, dos valores institucional, corresponsabilidade pelos resultados – sentimento de pertencimento; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adaptação da política à realidade local (reorganização das rotinas e práticas); ➤ Pouca adesão de alguns profissionais; ➤ Usuário entender a nova lógica de organização do serviço (autocuidado e práticas saudáveis) – Não aprofundado neste estudo; ➤ Relação com outras instâncias do governo municipal; ➤ Sustentabilidade da política pelos novos servidores e gestores.

A continuidade de uma estratégia pode estar relacionada com a corresponsabilidade e a institucionalização da missão. Quando os atores que participaram do processo de decisão da estratégia para implementação do Hiperdia começam a deixar o serviço por diversos motivos, outros atores passam a ser inserem no processo. Pode ocorrer que esses novos atores não tenham a mesma prioridade para continuar adotando as mesmas ações que foram definidas pelos atores anteriores, o que pode resultar na descontinuidade das estratégias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciam que o processo de implementação da política do Hiperdia em Venda Nova do Imigrante/ES foi uma experiência pautada na gestão estratégica. Mesmo não estando baseada em instrumentos de gestão formalizados, a gestão estratégica congregou na participação dos atores envolvidos, sem necessariamente se fundamentar em um plano normativo, mas sim em acordos internos, sugerindo o fortalecimento do contrato psicológico, favorecido pela identidade institucional, que colaborou para o alcance dos resultados traçados coletivamente, tal como apontaram os participantes. Isso reforça que não necessariamente o processo de planejamento e gestão necessita estar ancorar em um plano (documento), mas sim que os acordos e decisões tomados na instituição precisam ser incorporados por todos os envolvidos. Isso reforça que a implementação não se trata meramente de uma etapa administrativa, pois envolve uma multiplicidade de questões estratégicas, políticas, interesses e atores distintos.

A decisão institucional mostrou-se como um processo participativo e coletivo, onde a aproximação propiciada pela estrutura institucional mais horizontalizada possibilitou a ligação entre os centros operacionais e o núcleo estratégico da secretaria de saúde, motivando momentos de encontros entre esses atores e fortalecendo sinergias internas. A ligação entre decisão e estrutura foi muito forte nessa análise.

A estrutura institucional apresentou-se pouco hierarquizada e com ligações entre os setores muito próximas e pouco normativas. Essa é uma característica que pode estar associada ao fato de ser um município pequeno. Para que os agentes implementadores a aceitassem, rejeitassem ou ficassem neutros à nova política foi preciso que houvesse compreensão da política, conhecimento de cada etapa do processo e da quantidade de mudanças envolvidas com a nova política. Isso foi possível a partir do entrosamento entre os agentes implementadores (gestores e profissionais de saúde). Para isso foi preciso que ocorresse a formação de uma rede de decisão, estabelecida no nível concreto de execução, onde ocorreu o enfrentamento entre os diversos atores no ato da sua implementação.

Quanto à identidade, observou-se um empoderamento dos atores envolvidos pelos objetivos traçados coletivamente. A apreensão dos atores dos valores institucionais revela-se como uma vantagem para promover uma atenção voltada para o usuário. A liderança valorizou a autonomia dos profissionais e a participação coletiva nos processos de decisão e de condução das ações. Esse processo deu-se de forma democrática e possibilitou a corresponsabilidade de todos os atores sobre as decisões tomadas. O sentimento de pertencimento dos atores pela política pode ser observado.

A definição da estratégia institucional evidenciou uma mudança na lógica do modelo de atenção, uma vez que permitiu organizar a rede de cuidado em nível municipal. O enfoque deixou de ser apenas médico-centrado, passando para um enfoque voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença, com participação ativa de diversos segmentos profissionais. Um grande diferencial competitivo identificado consistiu exatamente no modo de condução das ações, ou seja, a estratégia assumida pela SEMUS/VNI para traçar os caminhos para construir a rede de cuidado, numa perspectiva comunicativa. Como resultado dessa estratégia foi possível organizar a rede de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos.

A experiência do município de Venda Nova do Imigrante aponta para uma instituição que aprende, pois foi formada por atores capazes de criar os resultados que desejavam. A gestão estratégica estimulou todos os atores a estarem juntos e buscar padrões de comportamento novos e mais abrangentes, baseado numa aspiração coletiva e com liberdade para exercitarem o aprendizado coletivo. Conforme afirma Senge (1994), a capacidade de aprender, contínua e rapidamente, é a única vantagem competitiva sustentável.

Quanto aos facilitadores do processo de implementação do Hiperdia, foram apontados pelos entrevistados: a estrutura institucional, que por ser mais horizontalizada e menos normativa possibilitou maior ligação entre o centro operacional e o núcleo estratégico; o papel da liderança, que permitiu a discussão participativa com a valorização da autonomia profissional; o monitoramento e avaliação permanente das ações definidas; o tamanho do município, por apresentar uma população mais concentrada e com cerca de

apenas 20 mil habitantes, assim como um pequeno quadro de profissionais e de estabelecimentos públicos de saúde, suficientes para atender à população. Além desses facilitadores, ainda podem ser destacados com base nessa análise o estímulo da discussão coletiva, a identidade institucional e a apropriação da missão e dos valores institucionais, a corresponsabilidade pelos resultados, apontando para um sentimento de pertencimento pelos atores na implementação dessa política.

Alguns dificultadores identificados foram: a adaptação da política à realidade municipal, o que implica numa discussão coletiva e na reorganização das rotinas e práticas diferentes daquelas já estabelecidas; a baixa adesão de alguns poucos profissionais de saúde, mas que, segundo informado, não comprometeu o andamento do trabalho; fazer o usuário entender a nova lógica de organização do serviço, comprometendo a aceitabilidade das condutas, agora focadas no autocuidado e em práticas saudáveis voltadas para prevenção da doença e promoção da saúde; a relação com outras instâncias do governo municipal, para entenderem as necessidades da SEMUS/VNI em implementar essa política, o que reforça a importância de práticas que possibilitem a intersetorialidade. Uma última dificuldade trata da sustentabilidade da política pelos novos servidores e gestores, sendo este um importante desafio a ser superado.

A implementação de políticas públicas mostrou-se como um campo amplo e complexo, representado por redes complexas e compostas por diferentes atores, num processo de aprendizado onde se articulam diferentes atores, uma vez que nesse processo também se criam novas formas de fazer.

A proposta metodológica utilizada neste estudo, adaptada do referencial de Strategor, possibilitou analisar o processo de implementação da política do Hiperdia de forma ampla, atentando para questões que vão muito além de dados estatísticos, usualmente utilizados em avaliações institucionais. Buscou-se substituir a ideia de avaliação como instrumento de correção de rota foi substituída pela noção do aprendizado no processo de implementação de uma nova política pública, que enfatizou a aprendizagem, a evolução e a adaptação, tendo a implementação como uma decisão política, em um ambiente institucional democrático e descentralizado.

Algumas limitações deste estudo devem ser registradas para contribuir com futuros trabalhos em diferentes contextos. Apesar do amplo campo de oportunidade de discussão, o limite temporal da pós-graduação fez com que não fosse realizado maior aprofundamento nos resultados identificados. Da mesma forma, a inclusão dos usuários na amostra proporcionaria um estudo mais completo, no entanto, demandaria uma pesquisa de campo mais extensa que o ambiente de estudo no mestrado por vezes limita. Desse modo, recomenda-se a evolução da abordagem qualitativa para futuros trabalhos.

Para enfrentar os problemas da implementação e dar conta de sua complexidade é necessário ter uma visão estratégica dos problemas da implementação, bem como a incorporação de questões críticas que façam refletir a viabilidade da política e os problemas de gestão interinstitucional. Este desenho metodológico permitiu incluir a identificação de redes complexas de atores no espaço local, compostas por formuladores, implementadores, grupos de pessoas envolvidos na política e beneficiários, que deram sustentação política e legitimidade. Nesse sentido, esta análise permitiu captar elementos implícitos no processo de implementação mostrando-se potente para compreender o modo como o processo foi conduzido e os elementos que possibilitaram a ele alcançar uma vantagem competitiva. O referencial de Strategor contribuiu para identificar esse processo de implementação de políticas como um processo de aprendizado. O modo como esse processo de implementação foi conduzido permitiu desvendar elementos que se constituem no “elo perdido” da ação governamental.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. C. **O enfoque da Démarche estratégica em instituições de diferentes níveis de complexidade: instrumento potencializador da humanização hospitalar numa cultura em transição.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 212 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Jul. 201.

BOBBIO, N. MATTEUCI, N. PASQUITO, G. **Dicionário de Política.** Traduzido por Carmen C. Varriale *et al.* Vol. 1. 11ª edição. Brasília: Editora UnB. 1998. 1358 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF. 1996. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em 16 de fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em 29 Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus:** Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: Uma construção coletiva, Organização e funcionamento. Série Cadernos de Planejamento, Volume 1. 3ª edição. Brasília – DF, 2009.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 Abr. 2014.

CAMPOS, R. T. O. CAMPOS, G. W. Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. In.: CAMPOS, et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec. 2ª edição. 2009. 871 p.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC e Ed. FIOCRUZ, 2009.p. 219-246.

SCOREL, S. et al., História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In.: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. 1.100p.

FLEURY, S. OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, L. SCOREL, S, LOBATO, L. V. C., et al (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 1ª reimpressão. 2009. p. 65-105.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In.: BAUER, M. W. GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 28 jul. 2012.

JUNQUEIRA, Lu. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 6, n. 2, Dec. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Abr. 2014.

MARQUES, R. M. MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Jul. 2012.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.

MENDES. E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª Edição. Brasília. 2011. 549 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em 28 Abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 269 p. 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes; 80p. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabético**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040304>. Acesso em: 06 de fev. 2013.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. Tradução: Ailton Bonfim Brandão. 2ª ed. 5ª reimpressão. São Paulo. Ed. Atlas. 2009. 336 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária, SUS e Atenção Primária à Saúde**. Palestra proferida no Seminário Atenção Primária à Saúde e sua Potencialidade na Organização do Sistema Único de Saúde. Vitória – ES, em 19 de outubro de 2012.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, C. Fs. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso)

89102006000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Aug. 2012.

PEREZ, J. R. R.. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In.: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. Editora Cortez. 6ª Edição. São Paulo. 2006, p. 65 - 73.

RICHE, G. A. MONTE ALTO, R. M. As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: A quinta disciplina. **Cadernos Discentes Copped**. Rio de Janeiro, n. 9, p. 36-55. 2001. Disponível em: <<http://www.mettodo.com.br/pdf/Organizacoes%20de%20Aprendizagem.pdf>>.

Acesso em 27 Abr. 2014.

RIVERA, F J U ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In. RIVERA. F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão da Escuta**. Editora Fiocruz. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro – RJ. 2006.

RIVERA, F. J. U. ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2012. 162 p.

RIVERA, F. J. U. As capacidades da liderança na perspectiva do diálogo. **Administração em Diálogo**. São Paulo. v. 5, n. 1. 2003. P. 55-64. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/692>. Acesso em 08 Mai. 2014.

RIVERA, F. J. U.. (Inter)subjetividade, aprendizagem organizacional e mudança: algumas ferramentas lúdico-pragmáticas. In. RIVERA. F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão da Escuta**. Editora Fiocruz. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro – RJ. 2006.

RODRIGUES, M. M. Assumpção. Políticas Públicas. Publifolha (Folha Explica). 1ª Reimpressão. São Paulo. 2010. 95 p.

SENGE, P. M. et al. **A quinta disciplina – caderno de campo: estratégias para construir uma organização que aprende**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1994. 544p.

SILVA, E. L; MENEZES, E. M; **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 121p. 2001

- SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. de. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. UNICAMP. 2000. Disponível em: <http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- SOLLA, J. **Dilemas e Desafios da gestão municipal do SUS**. Ed. Hucitec. São Paulo. 2010. 347 p.
- SOUZA, L. E. P. F. de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Abr. 2014.
- STRATEGOR. **Estratégia, estrutura, decisão, identidade - Política Global da Empresa**. 3ª edição actual. Lisboa, Portugal: editora Dom Quixote,. 2000. 416p.
- TANAKA, O. Y. TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
- TEIXEIRA, C. F. JESUS, W. L. A. de. **Correntes de Pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil**. In.: TEIXEIRA, C. Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e experiências. Edufba. Salvador-BA. 2010.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1995. 306 p.
- VENDA NOVA IMIGRANTE. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Secretaria Municipal de Saúde. 2001.
- VENDA NOVA IMIGRANTE. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Secretaria Municipal de Saúde. 2005.
- VIANA, A. L. d'A.BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, S, LOBATO, L. V. C. et al (Org.) **Políticas e**

Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 1ª reimpressão. 2009. p. 65-105.

VILASBOAS, A. L. Q. PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.** 2006. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Bahia. 2006.

ZOBOLI, E; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **Mundo da Saúde.** 2006; 30(2): 312-317. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/incorporacao_valores.pdf > Acesso em: 08 Mai. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa coordenada pelas Prof.(a) Dra. Maria Angélica C. Andrade que será realizada pelo mestrando Eduardo Tonole Dalfior, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES.

Nosso objetivo é analisar o processo de implementação de uma política municipal de saúde em um município capixaba. Para isso, o sujeito da pesquisa será submetido a uma entrevista semiestruturada, que para sua garantia, será gravada e transcrita, a fim de que possamos registrar de forma segura e com confiabilidade, as falas proferidas.

O entrevistado não terá nem um risco em participar da entrevista, considerando que sua identidade será preservada. Em contra partida, os benefícios serão de auxiliar e contribuir com o avanço da pesquisa científica em nosso país e com a estruturação dessa política em diversos cenários.

Esclarecemos ainda que, o período de realização da pesquisa será de 7 meses, com término previsto para dezembro de 2013. Neste período o participante poderá solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos e a retirada de sua participação na pesquisa.

Assim, garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos à colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador
Eduardo Tonole Dalfior
(edutonole@yahoo.com.br ou 27 9910-5717)
(contato da orientadora: geliandrade@hotmail.com)

Vitória-ES, ____/____/_____.

ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES Tel: 3335 7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- Qual é a sua formação e por quanto tempo trabalha/trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde? Qual(is) era/eram suas atribuições?

DECISÃO

- O que motivou a implementação do Programa Hiperdia no município? Por quê?
- Qual ou quais circunstância(s) contribuiu para o município implantar o Hiperdia? De quem foi a iniciativa e qual foi o seu papel nesse processo?
- Você se baseou em alguma experiência anterior de implementação desse tipo de projeto? Houve algum estudo de evidências que foram utilizadas para servir de base para implementar o projeto?

ESTRATÉGIA

- Como foi o processo de implementação dessa política? Tente descrever os principais detalhes de como foi implementado esse projeto? (Desde o momento que foi identificada a necessidade de implanta-lo até o final).

ESTRUTURA

- Como foram organizadas as ações de implementação do Hiperdia? Como era e o que teve que mudar para esse projeto ser implementado?
- Com relação à estrutura de equipamentos, instrumentos de trabalho e de pessoal, o que teve que ser adequado?

IDENTIDADE

- Como se deu a participação dos profissionais (profissionais de saúde, gestores) nesse projeto? Houve envolvimento de todos?
- Quais avanços e desafios podem ser identificados sobre o envolvimento da equipe nesse projeto?
- Quais desafios podem ser identificados?
- O que ficou dessa experiência? Os atores que participaram desse processo se sentem envolvidos? A participação dos atores permanece?
- O que avançou no programa e o que ficou?

Como você considera o processo de implementação do hiperdia no seu município durante o período em que esteve envolvido nesse projeto?

ANEXO 2

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes da Política Municipal de Saúde em um Município Capixaba

Pesquisador: Eduardo Tonole Daifior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17331113.7.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 324.895

Data da Relatoria: 26/06/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa relativa a mestrado em Saúde Coletiva.

Pesquisa qualitativa com estudo de caso único, de caráter exploratório, retrospectiva que busca analisar sob o enfoque dos determinantes da política institucional (estratégia, estrutura, decisão e identidade) (Strategor, 2000), como se deu o processo de implementação da política municipal de saúde do Hiperdia no município de Venda Nova do Imigrante/ES, entre os anos de 2005 a 2010. O público alvo do estudo serão os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que estiveram diretamente envolvidos nesse processo, contemplando: o Secretário Municipal de Saúde (01), Coordenadores da Secretaria de Saúde (02) e Profissionais de Saúde (03), totalizando 06 entrevistas. Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado elaborado com base no referencial teórico do estudo. Também serão utilizadas fontes secundárias nos sistemas de informação disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o plano municipal de saúde, relatório de gestão, termo de compromisso de gestão, pacto de indicadores, atas do conselho municipal de saúde, protocolos, ofícios entre outros documentos relacionados ao assunto. Para análise e processamento dos dados coletados nas entrevistas será utilizada a Análise Temática que consiste em identificar os núcleos de sentido da comunicação cuja presença e frequência possam trazer significação sobre o objetivo do estudo. Contempla as fases de pré análise, exploração do conteúdo e o processamento dos resultados (MINAYO, 2001).

Endereço: Av. Marechal Campos 1458

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

a

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 324.896

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implementação de uma política pública de saúde no município de Venda Nova do Imigrante/ES.

Objetivo Secundário:

Analisar a implementação da política municipal de saúde do Hiperdia sob o foco dos determinantes da política institucional;

Analisar os principais avanços e limites, seus obstáculos e as ferramentas de gestão implicadas no processo de implementação da política municipal de saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor refere que o desenvolvimento da pesquisa não gera riscos aos envolvidos.

Com relação aos benefícios, Analisar esse processo de organização com um olhar mais aprofundado sobre os arranjos organizacionais intrínsecos aos espaços de implementação dessas políticas, pode servir de base para a busca de métodos e práticas do como "fazer saúde" num país com dimensões territoriais e com características tão complexas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Refere que a pesquisa não apresenta risco ao pesquisado. A Resolução 196/96 estabelece que toda pesquisa tem risco, sendo o risco a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de rosto devidamente preenchida, autorização da Secretaria de Saúde do município de Venda Nova do Imigrante/ES para a coleta dos dados e roteiro para entrevista.

Com relação ao TCLE, nele consta que o "entrevistado não terá nem um risco em participar da entrevista".

Ainda sobre o TCLE

Recomendações:

Recomendo a determinação da existência de risco mínimo risco tanto no projeto, quanto no TCLE.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: SIN

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 324.895

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo que o presente projeto encontra-se aprovado e oriento a inclusão da recomendação acima

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 03 de Julho de 2013

Assinador por:

Karina Tonini dos Santos Pacheco
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1458

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br