



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**Rede de política pública:
Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de
Minas Gerais/SUS-MG**

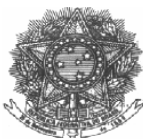
Luiz Carlos do Nascimento

Belo Horizonte
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

Luiz Carlos do Nascimento

**Rede de política pública:
Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de
Minas Gerais/SUS-MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração

Orientador Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff

Belo Horizonte
2007



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

Luiz Carlos do Nascimento

Rede de política pública: Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais/SUS-MG

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 27 de abril de 2007.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnaroff

orientador (CEPEAD/FACE-UFMG)

Prof^a. Dr^a. Vera Alice Cardoso da Silva
(DCP/FAFICH-UFMG)

(DCP/FAFICH-UFMG)

Prof^a. Dr^a. Telma Maria Gonçalves Menicucci

(Fundação João Pinheiro - FJP)

Para Maria Geralda, minha companheira em todos os momentos,
e nossos filhos: Saulo, Sara, Sofia e Júlia.

*“...me inventei neste gosto, de especular idéia.
O diabo existe e não existe?
Dou o dito. Abrenúncio. Essas grandes melancolias.
O senhor vê: existe cachoeira; e pois?
Mas cachoeira é barranco de chão, e a água se caindo por ele, retombando;
O senhor consome essa água, ou desfaz o barranco, sobra cachoeira alguma?
Viver é negócio muito perigoso...”*

*ROSA, João Guimarães, 1908.1967.
Grande Sertão Veredas: 12/13 Ficção completa, em dois volumes/
Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994 2 v. (Biblioteca luso-brasileira - Série Brasileira).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu orientador, Professor Ivan Beck Ckagnazroff, pela confiança e apoio;

À Professora Dr^a. Vera Alice Cardoso da Silva (Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais) e à Professora. Dr^a. Telma Maria Gonçalves Menicucci (Fundação João Pinheiro) pela participação na banca examinadora deste trabalho;

Aos funcionários, professores e colegas do CEPEAD/FACE, pela convivência fraterna;

Aos seguintes órgãos e instituições, pelo apoio recebido na realização desta pesquisa:

Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; Fórum dos Pólos de Educação Permanente do estado de Minas Gerais; Pólo de Educação Permanente em Saúde - Macrorregional Centro do SUS - MG; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

RESUMO

Este trabalho investiga a implementação de redes de políticas públicas (Public Policy Network) no Brasil. A pesquisa é orientada para o estudo da governança das redes, cuja perspectiva estuda os mecanismos institucionais pelos quais as relações interorganizacionais são iniciadas, negociadas, formatadas, coordenadas, monitoradas, adaptadas e encerradas. Investiga-se como a gênese e a forma das redes, as particularidades do ambiente institucional e as instituições sociais dominantes constituem barreiras e/ ou estímulos para ação coletiva dos atores, com o foco dirigido para os atributos da rede, a forma e o conteúdo das relações. Neste estudo descreve-se a gênese, a organização a dinâmica da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais/SUS-MG-Macro Regional Centro. O modelo analítico utilizado tem como eixo teórico a teoria das redes e a teoria das redes de políticas públicas. A análise dos dados coletados indica que a implementação o *top down* da Rede, imposta por meio da hierarquia do SUS, influenciou significativamente a organização e a dinâmica desta rede, acarretando o seu colapso. O processo de implementação sofreu interferências originadas de quatro esferas ou ambientes: política, institucional e organizacional, social e técnica. Tais ambientes circunscritores da política pública determinaram restrições ao funcionamento da rede construída para operar a política.

Palavras chave: Rede de Política Pública; Sistema Único de Saúde - SUS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

This work investigates the implementation of Public Policy Network in Brazil. The research it is guided for the study of the governance of the networks, whose perspective studies the institutional mechanisms by which the interorganizacionais relations are initiated, negotiated, formatted, coordinates, monitored, adapted and locked up. It is investigated as genesis and the form of the networks, the particularities of the institutional environment and the dominant social institutions constitute barriers and/or stimulations for collective action of the actors, with the focus directed for the attributes of the networks, the form and the content of the relations. In this study it describes genesis, the organization, the dynamics of the Network of the National Politics of Permanent Education in Health in the scope of the Only System of Health in the State of Minas Gerais /SUS-MG- Regional Macrocentro. The used analytical model has as theoretical axle the theory of the nets and the theory of the networks of public politics. The analysis of the collected data indicates that the implementation top down of the network, imposed by means of the hierarchy of the SUS, significantly influenced the organization and the dynamics of this network, causing its collapse. The implementation process suffered to originate interferences from four spheres or environments: politics, institutional and organizational, social and technique. Such surrounding circumscribers of the public politics had determined restrictions to the functioning of the constructed network to operate the politics.

Key Words: Public Policy Network; Only System of Health - SUS; National Politics of Permanent Education in Health.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
SUMÁRIO	9
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE TABELAS	14
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Estrutura da dissertação	17
1.2. Contexto da pesquisa	18
1.3. Problema e justificativa	19
1.4. Objetivos	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1. O conceito de rede	23
2.2. As redes de políticas públicas	31
2.3. Tipos de redes de políticas públicas	51
2.4. As redes profissionalizadas	55
2.5. A implementação das redes de políticas públicas	58
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	65
3.1. Métodos e técnicas	66
4. O CASO DA REDE DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	

DO ESTADO DE MINAS GERAIS / SUS-MG	73
4.1. Descrição da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	73
4.2. A gênese da Rede Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	84
4.3. A implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	95
4.4. As universidades como instituições formadoras para o serviço: a desconstrução da legitimidade	104
4.5. Os resultados da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a percepção dos atores	110
4.6. O futuro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a percepção dos atores	121
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
6. REFERÊNCIAS	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES	Conselho Estadual de Saúde
CES-MG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CIB	Comissão InterGestores Bipartite
CIB-MG	Comissão InterGestores Bipartite de Minas Gerais
CIT	Comissão InterGestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IDA	Rede de Integração Docência Assistência
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
R AE	Revista de Administração de Empresas
RAP	Revista de Administração Pública
RAUSP	Revista de Administração da Universidade de São Paulo
REDE UNIDA	Rede de Integração Docência Assistência
REDEBLH	Rede Nacional de Bancos de Leite Humano
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-MG	Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	As raízes teóricas do conceito de rede política pública	32
Figura 2	A Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	74
Figura 3	Primeiro formato institucional percebido pelos atores na prática da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	96
Figura 4	Segundo formato institucional percebido pelos atores na prática da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	99
Figura 5	Terceiro formato institucional percebido pelos atores da rede da da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Três perspectivas em formulação e implementação de políticas públicas	38
Quadro 2	Quadro comparativo dos modelos de coordenação	47
Quadro 3	Dimensões básicas da estrutura de dependência nas redes públicas	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Identificação dos entrevistados, quanto à localização da instituição de origem, dentro das estruturas vinculadas com a Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	71
Tabela 2	Composição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde instalados no Brasil até junho de 2005	75
Tabela 3	Composição do Pólo de Educação Permanente em Educação - Macroregional Centro	78
Tabela 4	Relatório Síntese das atividades dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais	82
Tabela 5	Identificação dos gestores das instâncias coletivas da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	97

1. INTRODUÇÃO

O emprego da rede como mecanismo de coordenação de políticas públicas tem se ampliado no Brasil, desde a década de 1990, em áreas como Assistência Social, Ciência e Tecnologia e Saúde. Algumas iniciativas, como a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano - REDEBLH obtiveram reconhecimento nacional e internacional, sendo premiada pela Organização Mundial de Saúde - OPAS em 2001, como exemplo de boa prática de gestão em saúde pública (MAIA et al. 2004). Esse não é um caso isolado e sinaliza a emergência de um movimento amplo em busca da construção de redes de políticas públicas - *public policy network* – por intermédio das quais se articulam atores públicos, privados e da comunidade na oferta de serviços para a população.

Em administração pública, o conceito de redes de políticas públicas tem sido utilizado para identificar relações relativamente estáveis entre diferentes atores, que podem ser indivíduos, organizações e, ou arranjos interorganizacionais, interdependentes entre si, que participam da formulação e implementação de uma política pública. O conceito permite conectar estas organizações com suas estratégias e com seu contexto institucional (KICKERT *et al.*, 1999, p. 01). As redes de políticas públicas permitem que os atores públicos e privados que as integram promovam o fluxo de recursos necessários para alcançar seus objetivos e maximizem sua influência sobre os resultados.

O reconhecimento das redes de políticas públicas como um mecanismo importante para coordenação social pode ser associado a dois conjuntos de fatores. Por um lado, identifica-se a percepção que a capacidade de controle do governo sobre a formulação e a implementação de políticas públicas estaria sendo afetada por questões como sua perda de legitimidade; pela

complexidade dos processos sociais e pela multiplicidade de instituições envolvidas nesses processos. Por outro lado, identificam-se, nas economias industriais avançadas, a emergência de formas pluralistas de governo, a diminuição do escopo do poder do estado central e o aumento da diferenciação institucional (RHODES, 1999, p.XIV-XV).

Tais conceitos refletem um processo de transformação estrutural do Estado, marcado pela idéia de estado relacional. Segundo Bogason (2000, p.13-41), o estado relacional que se constrói nas economias industriais avançadas, sob condições de pós-modernidade, não é o ente monolítico, unitário, da perspectiva weberiana de poder, é um estado plural, uma constelação de interesses que surge por meio das práticas institucionalizadas, através da interação entre as forças sociais. Seu desenvolvimento não é diretivo, mas relacional. Isso acarreta que o processo de compreensão do Estado não passa necessariamente pelo estudo dos eventos que marcam a sua ação, mas pela compreensão das relações entre as instituições e organizações que constituem o Estado e a sociedade civil. Dessa forma, o Estado configura-se como uma rede de relações entre os atores sociais de uma dada sociedade.

A aceitação da idéia de Estado como processo de interação implica que não existe um modelo geral e ideal de Estado, pronto para ser adotado. Existem atores sociais e redes de relações entre esses atores. Como decorrência dessa concepção, as preferências do Estado representam o agregado de um processo de negociação e barganha entre os atores que o constituem e não o resultado de um processo racional de tomada de decisão. Esse processo de transformação do Estado nas economias industriais avançadas tem se disseminado e estimulado processos de implementação de redes de políticas públicas em outras economias. No caso do Brasil esse é um fenômeno recente, em expansão e pouco estudado. Tais características justificam o investimento em pesquisas as quais permitam ampliar sua compreensão.

1.1. Estrutura da dissertação

Este trabalho está estruturado em cinco partes. Na introdução, é realizada uma breve discussão sobre o modelo de rede como mecanismo de coordenação de políticas públicas e sua utilização no Brasil. Definido o contexto da pesquisa, apresentam-se o problema e sua justificativa, bem como o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo realizado.

O segundo capítulo traz o marco teórico utilizado. Inicialmente, retomando-se a discussão iniciada na introdução sobre o conceito de rede, apresentando algumas das perspectivas de estudo sobre esse objeto. Tal apresentação traz, sintetizado para o leitor, o modelo analítico empregado nesta investigação, que tem como eixo os conceitos de rede e de rede de políticas públicas - *public policy network*. No terceiro capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho.

O quarto capítulo é constituído pelo caso da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais - SUS MG / Macroregional Centro. Neste capítulo é feita a descrição dos dados sobre sua gênese, organização e dinâmica à luz do marco teórico proposto. Finalmente, no capítulo cinco, são apresentadas as considerações finais.

1.2. Contexto da pesquisa

Uma das experiências de emprego de rede, para coordenação de política pública no Brasil, vem ocorrendo desde 2004, com a implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 198 /GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia para a formação e o desenvolvimento de técnicos e gestores para o SUS. Ao mesmo tempo em que se institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Portaria 198 impõe a organização em Pólos/Rodas de Gestão da Educação Permanente em Saúde ao conjunto dos atores que integram o Sistema Único de Saúde.

Tal política busca a produção de transformações na educação em saúde nos níveis de graduação e na pós-graduação. Além disso, visa ao desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores do setor de saúde pública. Segundo portaria do Ministério da Saúde essa política tem o objetivo de ser

uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 198, 2004).

A implementação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde atende a exigência constitucional de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1998. Art.200. III) e o princípio de organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde (BRASIL, 1998. Art.198. III).

1.3. Problema e justificativa

Dentre os aspectos que se consideram na descrição e na análise da gênese e funcionamento das redes de políticas públicas, é possível indicar algumas questões cruciais. Uma dessas questões reside no fato de que o conceito de rede sugere estruturas organizacionais horizontais caracterizadas por relações igualitárias entre agentes sociais e agências (THOMPSON *et al.*, 1993, p.14). Além disso, é que a estrutura de relações entre os atores e a localização dos atores na rede pode ter conseqüências comportamentais e atitudinais para cada ator e para a rede como um todo (KNOCKE e KUKLINKI, 1993, p. 176). No que se refere à sua gênese e à organização, as redes têm sido identificadas como arranjos auto-organizados, autogovernados e autônomos (RHODES, 1999, p.XII).

No caso brasileiro, a implementação de redes de políticas públicas é mais imposta do que espontânea, como é o caso da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS. Esse fato não tem recebido atenção especial nas análises, tendo sido tratado como mais um dos elementos formais que permitem a descrição da gênese da rede. Entretanto, é necessário considerar a existência de diferenças significativas entre as propriedades das ordens sociais espontâneas e das ordens sociais impostas e na forma como os atores reagem a cada uma dessas ordens (HAYEK, 1993, p.293-301).

Redes espontâneas apresentam atributos diferentes de redes impostas, que devem ser considerados na proposição e na gestão das redes de políticas públicas. A rede imposta reflete uma ordem exógena, *táxis*, um arranjo artificial que se relaciona mais com uma organização como tratada no modelo hierárquico, do que com o modelo de rede, conforme tem sido discutido na literatura. A rede espontânea, por outro lado, refere-se a uma ordem social

endógena, *kosmos*, dos grupos que constroem a rede.

A interação entre *táxis* e *kosmos* regula a coexistência em todas as sociedades, de qualquer nível de complexidade e essas duas ordens são combinadas de muitas formas alternativas em diferentes sociedades, ou seja, não é possível pensar em redes totalmente espontâneas ou totalmente impostas. Apenas a dialética entre as duas esferas dentro de uma sociedade é capaz de equilibrar a coexistência entre os atores sociais. O grau em que o arranjo particular de uma sociedade refletirá o equilíbrio entre as duas esferas de organização, depende dos acordos produzidos por aquela cultura (HAYEK, 1993, p. 293-301). De tal fato resulta que a complexa interação que os atores sociais estabelecem no interior da rede reflete acordos sociais mais amplos que organizam a vida social no ambiente externo.

Levando tais observações em conta e buscando auxiliar na compreensão do processo de implementação de redes de políticas públicas no Brasil, foi realizado um estudo de caso, no âmbito do SUS/MG, orientado a partir da seguinte questão de investigação: **Como o caráter não espontâneo da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde afetou sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais - SUS/MG – Região Macrocentro?**

A escolha do Estado de Minas Gerais foi feita para adequar o escopo da pesquisa aos recursos disponíveis, sem desconsiderar as exigências metodológicas de representatividade e a relevância da seleção. Avaliou-se que Minas Gerais reúne características políticas e socioeconômicas em comum com parte significativa dos estados da federação, o que permite tomá-lo como expressão do todo. Tal argumento fundamenta um segundo nível de redução metodológica: a escolha do Pólo Macroregional Centro para representar o Estado de Minas

Gerais.

A análise dos dados coletados indica que a implantação realizada pela hierarquia do SUS da Política Educação Permanente em Saúde influenciou significativamente a organização e a dinâmica da política no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. O estudo possui relevância empírica, já que possibilitou identificar e situar, dentro de um modelo analítico, alguns dos elementos que influenciam o processo de implantação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A relevância teórica do estudo deriva, principalmente, do fato de ele colocar em foco a dinâmica entre a organização espontânea versus a imposição hierárquica, como determinante da constituição de redes de políticas públicas. Além disso, contribui para o avanço da discussão teórica sobre redes, ao resgatar a articulação da teoria da estruturação social com as teorias institucionalistas e com as teorias de *Public Policy Network*.

1.4. Objetivos

O problema de pesquisa proposto determinou como objetivo geral analisar como o caráter não espontâneo da rede afetou a implantação da Política Nacional de Educação Permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Estado de Minas Gerais – SUS/MG - Região Macro Centro.

Para atendê-lo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever a gênese do Pólo de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MG - Região Macrocentro;
2. Descrever a organização do Pólo de Educação Permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MG – Região Macrocentro;
3. Descrever a dinâmica do Pólo de Educação Permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MG – Região Macrocentro.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O conceito de rede

É possível identificar um aumento do interesse pelos estudos interorganizacionais, ao longo dos últimos anos. Dentre as várias formas de arranjos, as redes têm recebido a maior atenção. No entanto, o tratamento que elas recebem nem sempre é adequado. De forma geral, o conceito tem sido empregado de forma imprecisa (GRANDORI e SODA, 1995, p.183-21). Oliver e Ebers (1998, p. 549-583) apontam que o grande volume de estudos sobre redes não tem conduzido à consolidação conceitual da área; pelo contrário, o quadro que se identifica é mais próximo da cacofonia de conceitos heterogêneos, de teorias e de resultados de pesquisa. No caso brasileiro, é possível identificar que as investigações são superficiais e que não se reconhece o acúmulo de conhecimento no campo (CUNHA e CARRIERI, 2003: p. 9).

A despeito dessas dificuldades: a utilização imprecisa do conceito, a desconsideração pelo conhecimento acumulado no campo dos estudos organizacionais e a superficialidade das pesquisas, foi possível estabelecer conceitos operacionais que orientaram o trabalho. Um primeiro ponto é o entendimento que rede designa um tipo específico de modelo de coordenação da ação social, diferente da coordenação pela hierarquia ou pelos sinais do mercado (THOMPSON *et al.*, 1993, p. 2; GRANDORI e SODA, 1995, p.184).

De acordo com Thompson (1993, p.3), coordenação implica articular, correlacionar atividades ou eventos, além de buscar tornar tarefas e esforços compatíveis com um determinado objetivo. De maneira geral, realiza-se sob o signo da eficiência. Permite que se coloque em equilíbrio as percepções, interesses e esforços de vários agentes e agências. Sem coordenação, esses agentes e agências poderiam se envolver em objetivos diferentes e potencialme

conflitantes, resultando em caos e ineficiência.

Embora o conceito de coordenação proposto por Thompson sugira uma ordem imposta aos agentes e agências, Hayek (1993, p. 293-294) indica que a ordem pela qual múltiplos elementos de vários tipos são relacionados uns aos outros, pode ser exógena (imposta) ou endógena (espontânea) e que o estudo da ordem espontânea é uma tarefa peculiar da teoria econômica há bastante tempo.

A economia clássica propõe que o melhor modelo de coordenação é o mercado de trocas. De acordo com seus interesses, os agentes se articulam em um sistema que gera o bem-estar comum. Nesse modelo, valores como a caridade e a benevolência são disfuncionais, pois, segundo Smith (1988, p. 25)

não é da benevolência do açougueiro, do cervejeiro ou padeiro que esperamos nosso jantar, mas da consideração que eles têm pelo seu próprio interesse. Dirigimos-nos, não à sua humanidade, mas à sua auto-estima. E nunca lhes falamos de nossas próprias necessidades, mas das vantagens que advirão para eles. Ninguém, a não ser o mendigo, se sujeita a depender, sobretudo da benevolência dos semelhantes.

O auto-interesse que governa o comportamento dos agentes manifesta-se em todas as situações nas quais eles buscam satisfazer suas necessidades no mercado de trocas. Da interação entre agentes auto-interessados, surge o auto-ajuste do mercado. Tal fato ocorre pelo funcionamento do mecanismo do preço natural, ou normal, porque

quando o preço de uma mercadoria não é menor nem maior do que o suficiente para pagar ao mesmo tempo a renda da terra, os salários do trabalho e os lucros do patrimônio ou capital empregado em obter, preparar e levar a mercadoria ao mercado, de acordo com suas taxas naturais, a mercadoria é nesse caso vendida pelo que se pode chamar seu preço natural. Nesse caso, a mercadoria é vendida exatamente pelo que vale ou pelo que ela custa realmente à pessoa que a coloca no mercado. (SMITH, 1988, p. 55)

No caso de os preços de mercado estarem abaixo do custo natural, exige-se a diminuição do custo dos fatores de produção, o que leva à retirada de investimento nesses fatores. O movimento de retirada do investimento leva à redução da produção até níveis inferiores à demanda natural, o que força a elevação dos preços até o seu patamar natural, recupera os investimentos nos fatores de produção, acarretando a recuperação do equilíbrio do mercado, a qual estabiliza a produção no nível da demanda efetiva. O mecanismo ocorre de forma inversa, quando os preços de mercado estão acima do custo natural, porque

o preço natural é como que o preço central, ao redor do qual continuamente estão gravitando os preços de todas as mercadorias. Contingências diversas podem, às vezes, mantê-los bastante acima deles, e noutras, forçá-los para baixo desse nível. Mas quaisquer que possam ser os obstáculos que os impeçam de se fixar nesse centro de repouso e continuidade, constantemente tenderão para ele. (SMITH, 1988, p. 57)

De acordo com essa premissa, os preços e os benefícios que se podem obter, operando no mercado de trocas, não podem ser determinados pelos agentes. Preços e benefícios são determinados por forças estruturais além do alcance dos atores, cabendo a esses atores agir racionalmente, sempre comprando e vendendo na condição mais vantajosa, que é aquela que mais se aproxima do preço justo. Paradoxalmente, ao agir sem pensar no outro, o indivíduo faz o que é melhor para coletividade.

O modelo de mercado perfeitamente competitivo tem sido questionado em relação à sua capacidade de exercer coordenação da vida econômica. De acordo com a Teoria da Concorrência Imperfeita (ROBINSON, Joan, 1903-1983; CHAMBERLAIN, Edward, 1899-1967; VON STACKELBERG, H., 1905-1946 *apud* FUESFELD, 2001), quando o número de firmas não é suficiente para que exista concorrência perfeita, o preço de mercado é maior e a quantidade do produto ofertada é menor do que aquele ofertado em mercados perfeitamente competitivos. Em oligopólios, as práticas de fixação de preços e de repartição do mercado

tendem a substituir a concorrência ou a rivalidade, gerando preços mais altos, produção limitada, lucros altos, baixos patamares de inovação. Essas posições teóricas são importantes na medida em que se reconhece que o mercado nem sempre promove auto-ajuste automático e que, em determinadas condições de funcionamento, existe expropriação da riqueza de alguns agentes do mercado por parte de outros, a partir de uma posição de força.

A teoria da concorrência imperfeita configura-se

Neste caso, o portador individual do poder de mando está legitimado por aquele sistema de regras racionais, sendo seu poder legítimo, na medida em que é exercido de acordo com aquelas regras. Obedece-se às regras e não à pessoa

Os métodos burocráticos obedecem a seis princípios: competências fixas para realizar os fins do complexo burocrático; hierarquia dos cargos e seqüência de instâncias; documentação de todos os processos e decisões; especialização; exclusividade; e especificidade dos conhecimentos (WEBER, 1999, V.II, p.198-200). A aplicação do princípio das competências implica que estas sejam ordenadas mediante regras administrativas, sob a forma de leis ou regulamentos. Os regulamentos fixam a distribuição das atividades necessárias para a realização dos fins; estabelecem e distribuem os poderes de mando necessários para cumprir esses deveres; fixam as formas e condições de coação e determinam as providências necessárias para contratar pessoal qualificado.

Segundo Weber (1999, V.II, p.199), a aplicação do princípio da hierarquia dos cargos e da seqüência de instâncias se manifesta em um sistema fixo de mando e subordinação das autoridades. A aplicação dos demais princípios acarreta a criação de um corpo de empregados especializados, dedicados exclusivamente e em tempo integral à execução dos procedimentos específicos e necessários para realizar os fins do complexo burocrático.

O complexo burocrático ou associação designa uma relação social fechada para fora ou cujo regulamento limita a participação. A ordem administrativa no interior das associações, e eventualmente até mesmo no seu exterior, é garantida por um dirigente e, ou um quadro administrativo. Neste modelo teórico a empresa é um tipo de associação para alcançar determinados fins. De acordo com Weber (2004, V.I., 32) “*denominamos empresa uma ação contínua que persegue determinados fins e associação de empresa uma relação associativa cujo quadro administrativo age continuamente com vista a determinados fins*”.

As formas clássicas de organização da empresa são a unitária (*Unitary Form - U-Form*) e a multidivisional (*Multi-Divisional Structure - M-Form*). O termo *U-Form* refere-se à unidade industrial completamente integrada e submetida a uma linha única de autoridade e direção; enquanto o termo *M-Form* se refere à empresa departamentalizada e multidivisional (MCGUINESS, 1993, p. 76-77).

As organizações podem estar integradas de forma vertical ou horizontal. A integração horizontal refere-se aos caminhos pelos quais as atividades econômicas complementares são internalizadas na organização como parte de seu próprio negócio, ao passo que a integração vertical à forma como o trabalho de muitas organizações pode ser planejado e organizado sob o comando de uma organização líder. Cada um desses modelos representa uma tentativa de coordenar mais efetiva e lucrativamente alguma parte da vida social e do processo econômico.

Segundo Ramos (1983, p.192), a burocracia exige alguns pré-requisitos, como:

A diferenciação de esferas institucionais; predominância de critérios universalísticos na distribuição dos principais papéis e funções; a definição da comunidade total; surgimento de numerosos e discretos objetivos (políticos, econômicos e sociais) que não possam ser colimados por grupos particularistas; crescente interdependência entre os grupos e incremento das dificuldades, no tocante ao suprimento de recursos e serviços, socialmente requeridos; competição livre, objetivamente regulamentada entre as unidades institucionais e grupos, notadamente no tocante a participação no poder e à alocação de recursos, mão de obra e serviços.

Mesmo que esses pré-requisitos estejam presentes, a burocracia deve ser considerada como uma função de equilíbrio instável com o ambiente externo que a submete a pressões de várias ordens.

A condição de equilíbrio instável se manifesta em várias situações, sendo que algumas são disfuncionais. Etzioni (1967, p. 82) indica que o exercício do poder pode gerar alienação e conformismo naqueles que são dependentes.

O exercício do poder tem uma importante limitação; mantém o dependente alienado quando se conforma. Conforma-se por causa de motivos mais distantes. Seu conformismo tende a limitar-se a questões explicitamente apoiadas pelo poder. Não tende a dar informações, mostrar iniciativa ou cooperar, a não ser quando explicitamente forçado a fazê-lo. Além disso, em momentos de crise, quando se enfraquece a estrutura de poder da organização, tenderá a preferir, às da organização, quaisquer outras normas com que concorde.

A pressão constante para que os empregados sejam metódicos, prudentes e disciplinados pode transformar a obediência às regras em um fim. Dessa forma, “*um valor instrumental torna-se um valor terminal*” (MERTON, 1968, p.275-276) acarretando em rigidez, dificuldade de adaptação e formalismo.

É importante ressaltar que o formalismo e o ritualismo nem sempre indicam alienação. Eventualmente podem ser estratégias de resistência passiva às ações que são percebidas como ameaça potencial aos interesses dos grupamentos e subgrupamentos profissionais estabelecidos no interior da formação burocrática. Ramos (1983, p.193) denomina tal fenômeno como “*organização defensiva espontânea*”.

De acordo com Merton (1968, p.278) “*esses interesses se opõem a qualquer nova ordem que elimine ou, pelo menos torne incerta sua vantagem diferencial derivada dos arranjos vigentes*”. A resistência pode ser dirigida para fora e para dentro da organização burocrática. Naqueles casos em que a fonte da ameaça é identificada internamente os grupos tendem a agir como representantes do poder e do prestígio de toda a estrutura. “*Os protestos e os recursos a outros funcionários, por parte do interessado, frequentemente não dão resultado ou são obstaculizados pelo já mencionado spirit de corps que une os funcionários num subgrupo mais ou menos solidário*” (MERTON, 1968, p.280)

Em oposição ao modelo de mercado que enfatiza relações espontâneas entre agentes econômicos independentes e auto-interessados e ao modelo de hierarquia que enfatiza o uso da autoridade na busca da eficiência dos meios administrativos, redes têm sido entendidas como um tipo de arranjo interorganizacional sustentado por relações de confiança e cooperação, que objetiva a coordenação de ações visando à maximização de resultados de longo prazo da cooperação mútua. A rede é um tipo específico de relacionamento direto e indireto, o qual conecta atores que podem ser: indivíduos, coletividades ou organizações (OLIVERS e EBERS, 1998, p. 549-583). Cada um desses atores, que é entendido como um nó da rede, possui algum atributo que o identifica como uma unidade da rede. Isso significa que compartilham algum propósito, ou que são membros de classes equivalentes, sendo que a estrutura de relações entre os atores e a localização dos indivíduos na rede podem ter conseqüências comportamentais e atitudinais para as unidades individuais e para a rede como um todo (KNOCKE e KUKLINKI. 1993, p. 176).

Enquanto mecanismo de coordenação, o arranjo em rede é percebido como mais cooperativo do que o modelo de coordenação pelo mercado e menos formal, mais igualitário do que o modelo de coordenação pela hierarquia. Flexível e adaptativo, o arranjo em rede pode viabilizar a construção coletiva de respostas adequadas a ambientes variados e mutáveis (THOMPSON *et al.*, 1993: p.171-172).

O conceito de rede como uma forma de provimento cooperativo de serviços, sustentada por motivações econômicas e não econômicas, está fundado no pressuposto de que o propósito econômico dos atores é acompanhado de um propósito não econômico equivalente, como sociabilidade, aprovação social, poder e, ou status. Isso acarreta que a ação econômica é socialmente situada, e não pode ser explicada apenas por motivos individuais

(GRANOVETTER, 1992, p. 3-11). Ela é embebida nas redes de relações pessoais, mais do que conduzida pelos atores atomizados. Dessa forma, as instituições econômicas, como todas as demais instituições, são socialmente construídas (BERGER e LUCKMAN, 1985).

As instituições econômicas não emergem automaticamente em resposta às necessidades econômicas. Tais instituições são construídas por atores cujas ações são facilitadas e direcionadas pela estrutura e recursos disponíveis nas redes sociais, dentro das quais eles estão imersos (GIDDENS e TURNER, 1999; GIDDENS, 2003). Em outras palavras, a atividade econômica envolve a mobilização de recursos para a ação coletiva e essa mobilização não é automática (GRANOVETTER, 1992, p.3-11).

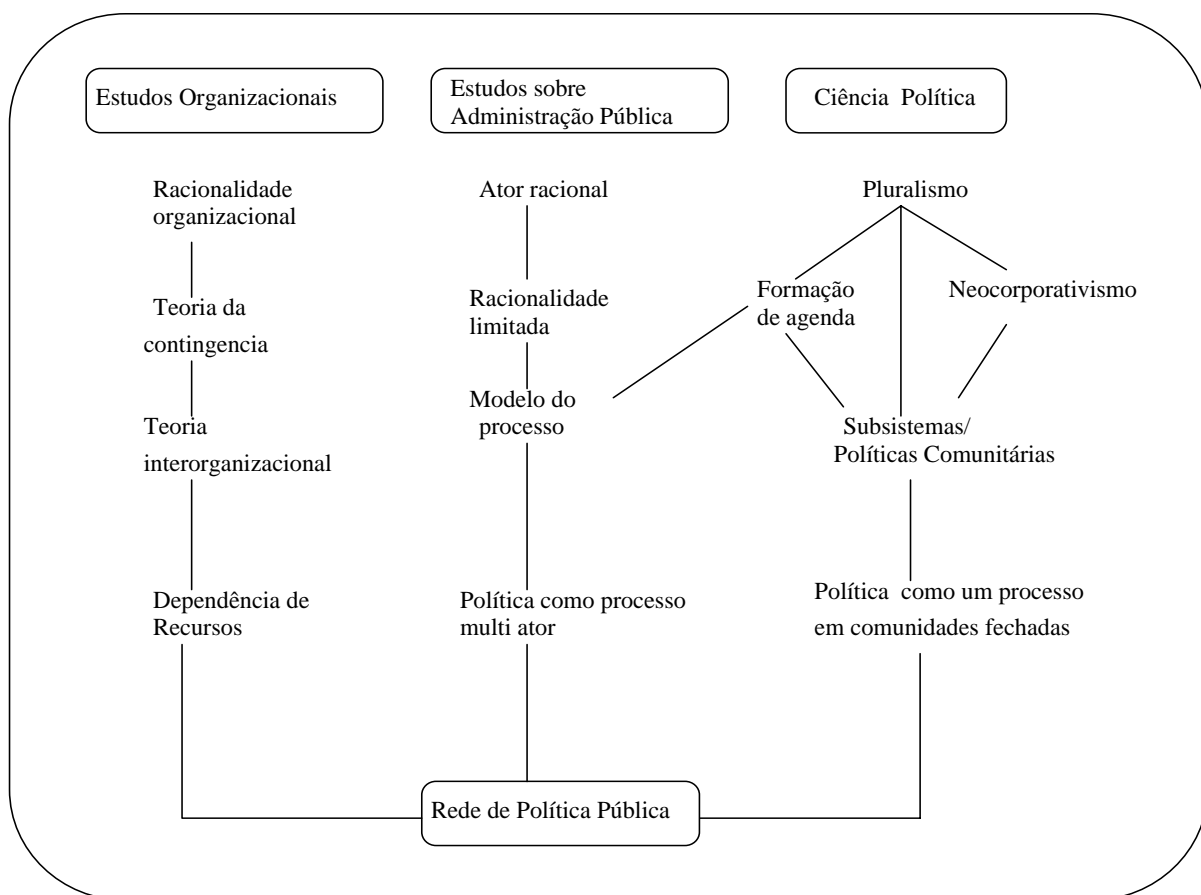
2.2. Redes de Políticas Públicas (*Public Policy Network*)

Rede de política pública é um conceito que tem sido empregado para identificar relações relativamente estáveis entre diferentes atores governamentais e organizações privadas, interdependentes, que operam uma política pública. A rede é um tipo de arranjo que conecta tais organizações com suas estratégias e com seu contexto institucional (KICKERT *et al.*, 1999, p. 01). Possibilita que os atores públicos e privados que as integram promovam o fluxo de recursos necessários para alcançar seus objetivos e maximizem sua influência sobre os resultados. Fundamentalmente, as redes de políticas são arranjos auto-organizados, autogovernados e autônomos (RHODES, 1999, p. XII).

As raízes teóricas do conceito de rede de política pública podem ser identificadas em pelo menos três campos do conhecimento: estudos organizacionais, estudos sobre administração pública e ciência política (KLIJN, 1999, p.14-34). A matriz que permite identificar as raízes do conceito de rede de política pública é apresentada na figura abaixo.

Figura 1

As raízes teóricas do conceito de rede de política pública.



Fonte Klein (1999, p.29).

No campo dos estudos organizacionais o conceito pode ser associado com a Teoria da Contingência e com a Teoria Interorganizacional, com ênfase na Visão Baseada em Recursos - VBR. Na perspectiva da teoria da contingência, as organizações devem ser compreendidas como sistemas abertos, constituídos por subsistemas que funcionam de forma integrada. Seus processos são dirigidos para a antecipação estratégica das demandas do ambiente e o

ajustamento dos subsistemas em seus processos de interação. As decisões são resultantes dos processos de interação entre os subsistemas. Nessas condições, o poder depende da configuração dos subsistemas.

Na perspectiva da teoria interorganizacional (ALDRICH, 1979, p. 266-271) as organizações não dispõem de todas as funções e recursos que necessitam para sobreviver e desenvolver de forma sustentável. Visando esse fim, cada organização deve buscar suprir-se desses recursos por intermédio de transações econômicas com outras organizações, sendo que muitas dessas transações envolvem a disputa por recursos escassos. Dessa forma, para garantir sua sobrevivência, as organizações necessitam manter, entre si, um fluxo regular de recursos necessários à sua manutenção e desenvolvimento, ou seja, são interdependentes, sendo que a interdependência em grau elevado é uma variável relevante para a constituição de redes interorganizacionais.

Uma rede interorganizacional consiste de todas as organizações que são ligadas por algum tipo específico de relação, ou seja, representa um padrão de relações interorganizacionais que une organizações que cumprem diferentes funções, detentoras de diferentes recursos e, ou dispersas, visando a divisão técnica do trabalho, a obtenção de dominância em um determinado campo e, ou a concretização de objetivos comuns. Sua evolução pode ser concebida como um processo de constituição de um sistema hierarquizado, coordenado por organizações dominantes, elites governantes e grupos de interesses empresariais especiais (ALDRICH, 1979, 349).

Na perspectiva da VBR (PFEFFER e SALANCIK, 1978), o conceito de rede designa um arranjo econômico de natureza cooperativa entre as organizações, sendo que todas dependem,

em algum grau, de recursos que são controlados pelas demais. Isso acarreta o fato que nenhuma organização que compõe o arranjo é completamente auto-suficiente. Essa situação exige que as organizações estabeleçam transações com o ambiente, para obter os recursos físicos, financeiros, a informação e a legitimidade de que necessitam.

A efetividade na obtenção dos recursos necessários para a sobrevivência da organização resulta do exercício de um conjunto de competências sociopolíticas no ambiente externo, que garantem a manutenção e o desenvolvimento da organização; ela contrapõe-se, ou complementa, dependendo do caso, ao conceito de eficiência, que se refere aos processos internos. Nesse caso, cabem ao corpo gerencial da organização as seguintes ações: reconhecer o contexto social dentro do qual a organização opera; identificar as restrições ambientais; organizar recursos e garantir suporte social para as ações da organização. Essas ações se fazem no âmbito de relações sociais que se caracterizam, principalmente, pela horizontalidade e pela adesão voluntária dos atores. Dessa forma, o conceito de efetividade possibilita, ainda que no plano teórico, a construção de alternativas organizacionais as quais não se vinculam de forma absoluta, seja à visão de mercado proposta pela economia clássica, seja à visão de hierarquia, conforme proposto na sociologia estrutural funcionalista.

Para Oliver e Ebers (1998: p. 549-583), os estudos organizacionais sobre redes têm sido realizados considerando-se duas perspectivas teóricas, ou seja, a rede social e a governança das redes. As redes sociais seriam caracterizadas pela predominância das relações informais de natureza pessoal, como elementos de integração e coordenação (GRANDORI e SODA, 1995, p.183-214). A perspectiva da governança estuda os mecanismos institucionais pelos quais as relações interorganizacionais são iniciadas, negociadas, formatadas, coordenadas, monitoradas, adaptadas e encerradas. A perspectiva da governança subdivide-se em duas

vertentes: teoria institucional e institucionalismo econômico. Na primeira vertente investigam-se a gênese e a forma das redes, as particularidades do ambiente institucional e as instituições sociais dominantes.

reprimidas. As recorrentes são as relativas a problemas não resolvidos ou mal resolvidos. As demandas novas são aquelas colocadas por novos atores políticos ou derivadas de novos problemas, aqueles que não existiam antes ou que existiam como uma situação que, embora seja fonte de insatisfação da comunidade, não constitui uma prioridade do sistema político. Esse estado de coisas pode estabilizar-se ou evoluir até pressionar o sistema político. Isso, entretanto, não garante a sua resolução. Pode ocorrer a não decisão, caso em que *“as pessoas e os grupos comprometidos com o status quo influenciam aqueles valores comunitários, aquelas instituições políticas que tendem a limitar o âmbito do processo de tomada de decisões a questões seguras”* (BACHARACH e BARATZ, 1963, p. 52).

Uma situação ou estado de coisas torna-se um problema político, quando mobiliza ação coletiva de grupos dotados de recursos de poder ou pela ação de atores individuais estrategicamente situados; constitui uma situação de crise de tal magnitude que o custo de não resolver o problema é maior que o de resolver. A partir desse momento inicia-se a formulação das alternativas para resolvê-lo (RUA, 2005, p. 1-18).

A formulação de alternativas envolve relações de poder entre os tomadores de decisão, suas preferências e expectativas. Para compreender a formulação de políticas públicas, *“é preciso entender as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e outros poderes que detêm, como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente”* (LIMDBLOM, 1980, p.8). Em função das preferências e das expectativas de resultados (vantagens e desvantagens) de cada alternativa na solução de um problema, os atores fazem alianças entre si e entram em disputa.

Ao longo do século XX, até a década de 1970, entendia-se que as disputas em torno da política ocorriam entre os políticos eleitos e os burocratas durante a etapa de formulação de alternativas para um problema político e que estas se encerravam no momento da promulgação da lei ou do estatuto que ordena a política. A condução das ações exigidas pela política seria uma questão exclusivamente gerencial. Como resultado dessa visão as pesquisas sobre implementação de políticas públicas são relativamente recentes, datam da década de 1970 (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973; BARDACH, 1984) e coincidem com a emergência do conceito de rede de política pública.

Segundo Kickert *et al.* (1999, p. 07), o conceito de rede, compreendida como modelo de governança de políticas públicas, surge como uma alternativa aos modelos hierárquicos e centrados no estado, que caracterizavam a formulação e a implementação de políticas. O conceito de rede contrasta com os anteriores, mono-ator e multi-ator em relação a três critérios: número de atores envolvidos, racionalidade predominante e formas de interação. Uma síntese dos conceitos é apresentada no quadro 1: Três perspectivas em formulação e implementação de políticas públicas (p.38).

No modelo mono-ator, também denominado como modelo da regra racional, a formulação e a implementação das políticas públicas são exercidas por meio da hierarquia do Estado (perspectiva *top down*) e focam a relação entre o agente e os objetos da coordenação. A definição dos objetivos do agente que coordena é tomada como ponto de partida para a análise e para a avaliação da política.

Como o governo é tomado como ator central, ele justifica e legitima a centralização de ações e concentração de decisões no nível central de governo. Este modelo está baseado na rígida separação entre a formulação e a implementação da política; entre políticos e burocratas. Os

processos decisórios são percebidos como racionais. Os conhecimentos científicos sobre o objeto da política são utilizados para formular e para programar a implementação das ações, sendo que esta última etapa é considerada não-política, técnica e programável.

Quadro 1

Três perspectivas em formulação e implementação de políticas públicas

Dimensões	Perspectiva		
	Regra da racionalidade central	Multi-ator	Rede
Nível de análise	Relações entre regras centrais e objetivos secundários	Relações entre regras centrais e atores locais	Rede de atores
Perspectiva	Regra central	Ator local	Interação entre atores
Caracterização das Relações	Autoridade	Centralização versus autonomia	Intredependência
Caracterização do processo político	Implementação neutra de políticas formuladas ex ante	Processo político de representação de interesses e uso informação de diretrizes e recursos	Processos de interação em que informações objetivos e recursos são permutados
Critério de sucesso	Alcançar os objetivos formais da política	Poder discricionário local e obtenção de recursos em favor de atores locais	Realização de ação coletiva
Causas de fracasso	Objetivos ambíguos; muitos atores; perda de informação e de controle	Políticas rígidas; perda de recursos; exclusão de atores locais	Perdas de incentivo para a ação coletiva
Recomendações para governança	Coordenação e centralização	Ajuste da regra central em favor dos atores locais	Gerenciamento de redes de políticas; garantia de condições sob as quais os atores interagem.

Fonte Kickert *et al.* (1999 p. 10).

O modelo mono-ator foi criticado por que: pressupõe que o agente central dispõe de todas as informações necessárias sobre os problemas públicos, preferências e soluções disponíveis; negligencia os valores, interesses e objetivos dos grupos encarregados da implementação; nega a natureza política da governança; falha na utilização dos recursos e capacidades dos atores locais; promove a burocratização das ações com reflexos negativos sobre a efetividade e a eficiência das ações (KICKERT *et al.*, 1999, p.8).

As críticas são sustentadas, em um primeiro momento, pela negação do conceito de racionalidade absoluta e pela proposição do conceito de racionalidade limitada (SIMON, 1965). Em um segundo momento, as críticas são reforçadas pela compreensão que a formulação política é processual (LINDBLOM 1959; ETIZIONE, 1986). Esses conceitos possibilitam que os interesses dos atores locais e dos grupos encarregados da implementação sejam tomados como ponto de partida para a formulação e a para a análise da implementação das políticas públicas (perspectiva *bottom up*). Para isso são formulados modelos de tomada de decisão que reconhecem a multiplicidade dos atores e a natureza processual das suas interações. Os modelos decisórios que representam a perspectiva multi-ator de formulação e implementação são: racional compreensivo (SIMON, 1965); racional incremental (LINDBLOM 1959); e misto (ETIZIONE, 1986).

Uma visão ideal de racionalidade do processo de tomada de decisão, que caracteriza o modelo mono-ator, baseia-se no pressuposto que o indivíduo ajusta seu comportamento a um sistema integrado e que, para isso, antes de tomar a decisão, vale-se do conhecimento de todas as alternativas disponíveis; que considera todas as conseqüências possíveis da sua decisão e que toma o sistema de valores como um critério, significando que “*todo comportamento envolve seleção consciente ou inconsciente de determinadas ações*” (SIMON, 1965: 95).

Essa seleção seria fruto de um processo de planejamento, ou seja, orientado para metas e objetivos. Dessa forma, o comportamento pode ser entendido como o resultante de um sistema integrado de relações de causa e efeito, estabelecido a partir de uma teoria sobre o problema e planejado com a utilização de uma ferramenta destinada a garantir sua eficiência. *“Diz-se que o comportamento é planejado sempre que é guiado por objetivos ou metas; e é racional quando escolhe as alternativas que levam a consecução das metas previamente planejadas”* (SIMON, 1965, p. 5).

A tomada de decisão é fruto da complexa interação entre fenômenos sociais e individuais, que não é perfeitamente organizado e integrado, sendo que toda decisão é, de certa forma, resultado de um processo de acomodação de interesses e, portanto, relativa, ou seja, *“depende da importância relativa que se dá aos diferentes objetivos e do julgamento das possibilidades que se tem de alcançar cada um deles”* (SIMON, 1965, p.7). Nesse caso, deve-se entender que o modelo da escolha racional apresenta valor heurístico.

A tomada de decisão é afetada pelas limitações da natureza humana, de forma que a solução obtida para um problema, raramente corresponde à solução ótima, mas é uma solução satisfatória, entendendo por satisfatória a solução considerada viável pelos atores da decisão. As limitações da natureza humana que influenciam esse processo são, principalmente, as imperfeições do conhecimento e as dificuldades de antecipação das suas conseqüências em longo prazo.

Lindblom (1959, p. 238) indica que o método racional de tomada de decisão é uma discussão fútil em administração pública, no sentido de que a análise deve estar subordinada à interação e ao consenso político entre os atores e que, nesse sentido, deve ser considerada como um

processo multi-ator e incremental. Lindblom ainda indica que o processo decisório em gestão de políticas públicas exige uma perspectiva pluralista de poder, diferente da perspectiva unitária, sobre a qual se assenta o conceito weberiano de Estado. A tomada de decisão na esfera pública é limitada pelo que é política e legalmente possível, e, nesse sentido, é simplificada. A classificação das alternativas lógicas disponíveis para a solução de um problema, de acordo com critérios de exequibilidade política e legal, exige que se exclua das análises parcela significativa das alternativas disponíveis. Dessa forma, os agentes públicos focam sua atenção em relativamente poucos valores e poucas alternativas factíveis de políticas.

Ainda assim os problemas de valor são sempre problemas de *trade off*, o que implica que a escolha de um valor sempre acarreta o sacrifício de outro valor, defendido por outro grupo e que, ao sacrificar o apoio de um grupo, o gestor sacrifica apoio a si próprio, ao seu grupo ou a um projeto político. Quando existe discordância sobre valores e objetivos de políticas públicas entre os vários grupos de interessados, é impossível agregar os valores e os objetivos. Além da dificuldade inerente à tomada de decisões em situação de *trade off* o gestor público vê-se confrontado com os limites da análise (método racional), para identificar diferenças significativas entre as políticas. Isso resulta que a análise dos problemas fica subordinada à interação entre os interessados e à simplificação dos problemas de todas as formas possíveis, que sejam politicamente legítimas (LINDBLOM, 1959, p. 243).

O acordo é o único indicador empírico do valor de uma política, porque os valores, geralmente, são bem definidos e não são compartilhados. Tal característica ocasiona que os administradores públicos devem concentrar sua atenção no acordo. Os acordos entre atores levam ao entendimento de que políticas têm sido escolhidas, não em função de sua eficácia,

mas de serem preferidas pelos grupos que partilham a tomada de decisão, particularmente quando suas diferenças são pouco significativas. Isso implica que as decisões são fruto de negociações e de lutas internas entre os diversos interesses, mais do que resultado de uma escolha racional.

Segundo Etzioni (1967, p. 1) a abordagem racional compreensiva do processo decisório, proposta por Simon (1965) é muito exigente quanto ao desempenho, enquanto a abordagem incrementalista, de Lindblom (1959) é muito conservadora. Como alternativa aos dois modelos, o autor propõe a modalidade mista de processo decisório, a qual busca integrar elementos da modalidade racional compreensiva e da modalidade incremental, o que é feito pela integração de sistemas de coleta de informações com finalidades distintas, combinando-se o exame detalhado e a tomada de decisão racional com o exame simplificado e a tomada de decisão incremental (ETIZIONI, 1967, p. 13).

A formulação de políticas públicas e sua implementação devem ser entendidas como processos interrelacionados, nos quais interagem atores privados e públicos de todos os níveis de governo na construção de soluções para os problemas políticos. Embora os modelos decisórios racionalistas - compreensivo (SIMON, 1965); incremental (LINDBLOM 1959); e misto (ETIZIONE, 1986) – , que são vinculados com a perspectiva multi-ator, representem um avanço em relação ao modelo mono-ator, baseado no conceito de racionalidade absoluta, eles têm sido criticados porque promovem a inversão da regra da racionalidade central sem alterar a sua natureza. Na perspectiva *bottom up*, esses modelos são inconsistentes e unilaterais, já que se entende que estão associados com formas radicais de descentralização e de privatização do estado (KICKERT et al, 1999, p.8).

Uma mudança significativa de perspectiva nos processos de formulação e implementação de políticas públicas somente se torna possível com o deslocamento do nível de análise das relações entre a regra central e os objetivos secundários ou, e os atores locais, para a rede de atores. Tal deslocamento analítico implica enfatizar a racionalidade predominante na interação entre múltiplos atores públicos e privados e suas formas de interação; a interdependência entre os atores; os mecanismos de permuta de informações e recursos; os processos de construção de objetivos comuns; os estímulos e desestímulos para a realização da ação coletiva e a garantia das condições sob as quais os atores interagem.

No campo da ciência política, o conceito de rede de política pública deve ser relacionado com a concepção pluralista de poder, a qual representa uma reação contra a concepção unitária, elitista de poder que identificou a política até meados do século XX. Nessa perspectiva, o poder é, por natureza, difuso, o que exige a participação de todos os atores na elaboração das decisões, independente da posição estrutural ocupada pelo ator (BACHARACH e BARATZ, 1963, p. 49).

O pluralismo político permite o questionamento dos modelos hierárquicos de coordenação e a proposição de modalidades mais igualitárias e colaborativas de coordenação social. Disso resulta o desenvolvimento de três abordagens teóricas: a associação neocorporativista, a formação de agenda, e os subsistemas - políticas comunitárias (KICKERT, 1999, p. 28).

De acordo com Streeck e Schmitter (1993, p. 228), a associação neocorporativista é um tipo de coordenação interorganizacional que assume a forma de sistemas de barganha e acomodação de interesses funcionais e de coordenação de políticas públicas. As associações funcionais, agindo na defesa da satisfação de seus interesses influenciam a ação do Estado e

passam a interferir ativamente na formulação das políticas públicas. A possibilidade de negociação dos interesses e a pactuação social por intermédio das associações são colocadas

podem ser, por exemplo: técnicos do governo, congressistas e representantes de grupos de interesse (KICKERT, 1999, p.24-25). De acordo com Wansley (1985, p.77-78) *apud* Kickert (1999, p. 27) um subsistema consiste de uma rede atores, uma estrutura normativa e uma economia política que geram custos e benefícios específicos para os seus membros (comitês do congresso, agências do governo e grupos de pressão). É necessário destacar que os conceitos de subsistema ou subgoverno são mais populares nos Estados Unidos, enquanto os conceitos de neocorporativismo, políticas comunitárias e redes de políticas públicas são mais populares na Europa, principalmente na Inglaterra.

Os conceitos de rede de política pública e de política comunitária emergem no período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, como mais uma alternativa para os modelos mono-ator e multi-ator de formulação e de implementação de políticas públicas. Segundo Rhodes (1988, p. 78) *apud* Klijn (1999, p. 27), uma política comunitária é um tipo especial de rede intergovernamental caracterizada pela estabilidade dos relacionamentos; continuidade ao longo do tempo; definição clara de público alvo; elevada interdependência vertical entre os atores públicos, baseada em especialização na oferta de serviços e na imposição de limites à organização e à articulação horizontal.

De acordo com Kickert *et al* (1999, p.9), as críticas construídas aos modelos mono-ator e multi-ator de formulação e implementação de políticas públicas, a partir da perspectiva *bottom up* possibilitaram a emergência do conceito de rede política pública. A abordagem de redes de políticas públicas considera que os processos de construção das políticas públicas ocorrem através da interação entre vários atores (individuais, coalizões, agências governamentais e organizações privadas), nenhum dos quais possui poder para determinar as estratégias dos demais. O estado não é percebido como ocupando um lugar proeminente em

relação aos outros atores, mas em posição de igualdade.

Nessas condições, a construção de políticas é entendida como resultando de cooperação, ou de não cooperação, entre partes interdependentes com interesses, racionalidades e estratégias diferentes e conflitantes. O processo político não é visto como a implementação de metas e objetivos formulados *ex ante*, mas como interação na qual se partilha informação, sobre os problemas, preferências, percepções, em relação a objetivos de *trade off* e recursos. O critério de sucesso da rede é a realização da ação coletiva de acordo com os objetivos estabelecidos. As causas de falha do modelo de rede são: a perda de incentivos para cooperar; a existência de bloqueios à ação coletiva; objetivos vagos e, ou desinteressantes; ausência de atores importantes; presença de atores que desencorajam a participação de atores necessários; perda de informações cruciais; e descompromisso com a rede (KICKERT *et al*, 1999, p. 9).

Segundo Powell (1993, p.265-276), a rede é uma modalidade específica de coordenação de ações de múltiplos atores que se distingue, das modalidades de coordenação, pela hierarquia e pelo mercado. Esse contraste pode ser identificado a partir de oito (8) categorias de análise: a base normativa, os meios de comunicação, os métodos de resolução de conflito, o nível de flexibilidade, o grau de comprometimento exigido, o clima, as escolhas do ator e as formas admitidas de estrutura mista (ver o quadro 2: Quadro Comparativo dos Modelos de Coordenação).

As relações econômicas na rede são organizadas em função da complementaridade entre os atores. Já o mercado e a hierarquia são organizados por meio de contratos de propriedade e de compra e venda de bens e serviços. Na rede, os mecanismos impessoais de comunicação, as rotinas e o preço, que prevalecem na hierarquia e no mercado, são substituídos por interação

direta entre os atores. A resolução dos conflitos se faz através das vias da reputação e das relações de reciprocidade, relegando para segundo plano os mecanismos legais e administrativos que são dominantes na hierarquia e no mercado (POWELL, 1993, p. 265-276).

Quadro 2
Quadro comparativo dos modelos de coordenação Social

Categorias de análise	Rede	Mercado	Hierarquia
Base normativa	Complementaridade	Contrato Direito de propriedade	Relações de emprego
Meio de comunicação	Interação	Preços	Rotinas
Métodos de resolução de conflitos	Normas de reciprocidade Preservação da reputação	Lei Poder judiciário	Mecanismos de controle administrativo
Nível de flexibilidade	Médio	Alto	Baixo
Comprometimento exigido	Médio para alto	Baixo	Médio para alto
Clima	Continuidade; Benefícios mútuos	Precisão e suspeita	Formal , burocrático
Escolhas do ator	Independentes	Independentes	Dependentes

Fonte: Powell (1993, p. 269)

A rede exige dos seus membros elevado nível de compromisso com os objetivos comuns e com os procedimentos pactuados. Os atores compartilham expectativas de benefício mútuo em longo prazo, que não são imprescindíveis nas relações de mercado, caracterizadas pela precisão e suspeita, ou nas relações hierárquicas, marcadas pela formalidade e pela burocracia.

No que se refere à tomada de decisões, a rede preserva a independência desfrutada pelos atores no mercado, ao contrário da hierarquia, que exige a vinculação das decisões dos atores secundários aos principais. A rede é uma estrutura que apresenta nível médio de flexibilidade, quando comparada ao mercado e à hierarquia (POWELL, 1993, p. 265-276).

O conceito de redes possui sentido social e político que permite recuperar a idéia de relacionamento informal entre agentes sociais e agências, em posição de igualdade. Nessa perspectiva, as redes são arranjos que não se justificam apenas a partir de critérios econômicos, mas também a partir de critérios de legitimidade social.

Dessa forma, a articulação de conceitos originários da Visão Baseada em Recursos (VBR), da compreensão de política como um processo e da perspectiva de formulação e implementação de políticas públicas como um processo multi-ator, suporta a elaboração do conceito de redes de políticas públicas. Na rede, múltiplos atores interdependentes interagem por meio de processos nos quais objetivos e recursos são compartilhados, visando à realização da ação coletiva (KICKERT *et al.*, 1999, p.10).

De acordo com Benson (1982:148) *apud* Rhodes (1993:203-214), a rede pública ou rede de política pública pode ser definida como um grupo de organizações, distinguíveis umas das outras, conectadas entre si pela finalidade e pela dependência de recursos comuns, que operam uma política pública. Um conceito ampliado de rede de política pública designa um grupo de atores interdependentes, que podem ou não ser organizações, envolvidos na entrega de um bem ou serviço público.

Segundo Kickert *et al.* (1999, p. 06), redes de políticas públicas podem ser compreendidas como um padrão estável de relações sociais entre atores interdependentes que se articulam em torno de um problema político e, ou um programa político, sendo que a interdependência é o conceito chave para a abordagem de rede. Os atores na rede são interdependentes porque não conseguem alcançar seus objetivos sem a participação dos demais, isto é, eles necessitam dos recursos controlados pelos outros para realizar o que se propõem. Essa interdependência está baseada na distribuição dos recursos entre os vários atores da rede, seus propósitos e suas percepções sobre a natureza das suas relações de dependência de recursos. Como essas interações são frequentemente repetidas, ocorrem processos de institucionalização, o que conduz à ampliação do compartilhamento de percepções e ao desenvolvimento e à formalização de regras de participação e interação.

Esse conceito traz o foco da análise para as práticas sociais institucionalizadas pelo conjunto dos atores, isto é, aquelas práticas que são compartilhadas e recursivamente repetidas. Além disso, permite focar a forma pela qual a rede influencia a formulação e a implementação de políticas públicas. Também exige a reforma do conceito de ação coletiva de forma a permitir focar a ação coletiva dos atores corporativos. É importante ressaltar que esse conceito vincula a organização e a dinâmica da rede de política pública aos processos que se desenvolvem em torno dos problemas políticos e dos recursos necessários para sua resolução.

A despeito de a literatura destacar os aspectos positivos das redes de políticas públicas, é necessário ressaltar que a percepção positiva das redes é um fenômeno relativamente recente. Até pouco tempo, as redes de políticas públicas eram percebidas como uma das principais razões para que as políticas públicas falhassem. Eram identificadas com a falta de transparência e com formas obscuras de representação de interesse (KICKERT *et al.*, 1999, p.

XVII). Marsh e Rhodes (1999, p. XIV) indicam que as redes eram percebidas como processos e instâncias de privatização do governo, dominadas por oligarquias políticas. Dessa forma, a rede enquanto mecanismo político seria incapaz de dar voz aos atores que não são membros das referidas oligarquias.

.Powell (1993, p. 265-276) alerta que é um equívoco observar as redes, enfatizando-se apenas a colaboração e o acordo. É importante manter em vista que cada ponto de contato em uma rede é um ponto potencial de conflito, mais do que de harmonia. Questões políticas, relações de dependência econômica e social, particularidades culturais e elementos idiossincráticos às organizações e aos indivíduos que decidem em seu nome não podem ser ignorados. Esses são elementos críticos que podem tornar redes arranjos lentos, caros e ineficazes. Rhodes (1993, p.207) chama a atenção para o fato de que redes de políticas públicas podem ser manipuladas pelos governos em seu próprio interesse e que as relações entre os atores são assimétricas.

Além disso, alguns autores indicam que a percepção sobre a natureza inclusiva das redes pode ser equivocada. De acordo com Schaap e Van Twist (1999, p.63), as redes de políticas públicas também podem excluir. Alguns atores podem ter sua entrada vetada e outros podem ser excluídos das redes. As motivações do comportamento excludente podem se originar em duas dimensões: a cognitiva e a da interação entre os atores. Isso significa que atores podem ser vetados ou excluídos porque não são percebidos como relevantes, porque não são apreciados e, ou porque não compartilham conceitos, concepções e/ ou valores, sendo que esses processos de exclusão podem ser deliberados e formais ou informais e inconscientes.

2.3. Os tipos de redes de política pública

Partindo do conceito de que a rede de política pública pode ser definida como um grupo de organizações, distinguíveis umas das outras, conectadas entre si pela finalidade e pela dependência de recursos comuns, que operam uma política pública, Benson (1982:148) *apud* Rhodes (1993:203-214) busca estabelecer uma tipologia das redes de políticas públicas considerando cinco tipos de demanda estrutural predominante, ou constelação de interesses. Essas demandas são originadas de atores individuais ou coletivos identificados como:

1. Clientes;
2. Grupos de suporte (que financiam o setor público);
3. Grupos administrativos;
4. Grupos de fornecedores;
5. Grupos de coordenação, responsáveis pela racionalização intra e entre programas.

De acordo com Rhodes (1993: p.203-214) esta é uma abordagem que apresenta vários problemas. Primeiramente, a constelação de interesses é somente uma das dimensões relevantes da estrutura de uma rede. Em segundo lugar, em determinados contextos, é difícil distinguir as demandas dos grupos de suporte, das demandas dos grupos de fornecedores e das demandas administrativas. Essa tipologia também omite os grupos de interesse econômico, presumindo que integram o grupo de fornecedores ou de suporte.

Rhodes (1993, p. 203-214) apresenta uma tipologia com cinco (05) tipos de redes de políticas públicas: comunitária; profissional; intergovernamental; produtiva e temática. Tais tipos são definidos considerando o perfil das estruturas de dependência que tipificam cada um. Tais

perfis são dinâmicos e refletem o entrelaçamento de cinco variáveis/dimensões básicas da rede: a constelação de interesses; a composição; a interdependência vertical; interdependência horizontal e distribuição de recursos. (Ver quadro 3: Dimensões básicas da estrutura de dependência nas redes públicas).

Quadro 3
Dimensões básicas da estrutura de dependência nas redes públicas

Categories de análise	Variáveis/tipos		
Constelação de interesses	Serviço/ Função econômica		
	Território		
	Clientes e, ou <i>expertise's</i> comuns		
Composição	Refere-se à origem dos atores institucionais.	Puras	Público
			Privado
			Elite político-administrativa
		Mistas	Trabalhadores
			Usuários
Interdependência vertical	Indica relações de caráter hierárquico entre os atores na estrutura administrativa do estado.	Nível central	
		Níveis periféricos da estrutura	
Interdependência horizontal	Refere-se ao grau de interdependência de recursos e articulação de ações entre atores localizados no mesmo plano da estrutura administrativa do estado.	Alto	
		Baixo	
Distribuição de recursos	Diferentes atores controlam diferentes tipos e volumes de recursos. As variações na forma de distribuição dos recursos afetam os padrões de interdependência vertical e horizontal.		

Fonte baseado em Rhodes (1993, p.203).

A constelação de interesses refere-se aos interesses que cada grupo de atores representa. Os grupos podem representar interesses econômicos, um território, um grupo de clientes ou uma área de conhecimento. Não é incomum que essas categorias se interpenetrem. A composição indica a origem dos atores institucionais, sendo que as redes podem ser puras, quando os atores se originam de um mesmo segmento; ou mistas. Os principais segmentos são: o

público, o privado, as elites político-administrativas, os trabalhadores e os usuários.

Os atores mantêm, na rede, relações de interdependência vertical e horizontal. A interdependência vertical indica relações de caráter hierárquico entre os atores na estrutura administrativa do Estado. Localiza os atores em função da sua posição nos nível central ou nos níveis periféricos da estrutura. A interdependência horizontal refere-se ao grau de interdependência de recursos e articulação de ações entre atores localizados no mesmo plano da estrutura administrativa do Estado. As relações de interdependência indicam o nível necessário de integração entre os atores que operam a política, sendo que nem todos os conteúdos de interesse comunitário exigem alto grau de interdependência.

Segundo Rhodes (1993, p. 203-214), a distribuição dos recursos identifica em que medida diferentes atores controlam diferentes tipos e volumes de recursos. O controle de recursos é uma variável fundamental na determinação da estrutura da rede pública, já que as variações na forma de distribuição dos recursos afetam os padrões de interdependência vertical e horizontal entre os atores.

Retomando a tipologia proposta por Rhodes (1993:203-214), uma rede pode ser orientada a partir de interesses locais, regionais e/ou nacionais. Determinadas políticas, como por exemplo, as de educação e saúde, possuem formulação nacional e contam com parcela de recursos federais e, ou estaduais, mas são de execução local.

Essas políticas de interesse nacional, mas de execução local, são denominadas de políticas comunitárias. As redes constituídas para operá-las são locais. Caracterizam-se pela estabilidade dos relacionamentos, continuidade ao longo do tempo, definição clara de público alvo, interdependência vertical elevada baseada em especialização na oferta de serviços, alto

grau de integração vertical e limites à organização, e à articulação horizontal. Apresentam-se como redes especializadas e hierarquizadas de atenção. As redes de políticas comunitárias, via de regra, também são redes profissionais.

Um outro tipo de rede são as redes intergovernamentais, as quais incluem o serviço e os usuários do serviço no que poderia ser chamado de um “*sistema nacional de governo local*”, que incorpora e integra atores da esfera nacional e local. Estabelece-se um processo de negociação e articulação pelos quais os atores são mutuamente influenciados. Isso implica que, embora todos os atores locais possam identificar problemas, percepções e propor estratégias para o setor; nenhum ator decide isoladamente sobre políticas para sua região. Deve existir articulação entre as práticas locais e as orientações definidas nacionalmente, de forma que as decisões locais sejam tomadas dentro dos parâmetros definidos nacionalmente para o sistema (RHODES, 1993, p. 206). É importante ressaltar que uma rede intergovernamental pode ser subjugada por uma corporação profissional e, nesse caso, o sistema de integração ideológica funciona como sistema ideológico dessa categoria.

Outro tipo de rede proposto por Rhodes (1993, p. 203-214) são as redes de produção, nas quais predomina o interesse econômico. Sua composição é flutuante, há dependência do centro para definir os bens e as especialidades necessárias, há competição por recursos públicos e por mercados. O último tipo proposto por Rhodes (1993:203-214) são as redes temáticas, as quais se caracterizam pelo elevado número de atores, que participam pontualmente, e pelo baixo grau de interdependência entre eles. A estabilidade e a continuidade são raras. É o caso, por exemplo, das redes para promoção do esporte, cuja estrutura tende a ser atomística. Não existe um ator focal, no centro, com o qual os demais atores possam barganhar por recursos, já que normalmente, estão envolvidos vários

ministérios, secretarias e departamentos.

No caso específico do Brasil, é importante considerar que as redes de políticas públicas em educação e saúde, como é o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde, são, ao mesmo tempo, comunitárias, profissionais e intergovernamentais, o que indica um maior grau de exigência analítica na sua abordagem. Embora a orientação comunitária e intergovernamental possam ser adequadamente discutidas a partir da dimensão constitucional e institucional do Sistema Único de Saúde, a discussão sobre redes profissionalizadas de políticas públicas exige um capítulo à parte.

2.4. As redes profissionalizadas

Quando as redes são muito profissionalizadas, tendem a funcionar como burocracias profissionais. Caracterizam-se pela proeminência de uma categoria profissional, de uma corporação, que participa da disputa pela distribuição de recursos e pelo controle ideológico dos aparelhos do Estado onde são hegemônicas. Esse é o caso das redes de saúde pública, inclusive no Brasil, que são fortemente influenciadas pela corporação médica, na defesa de seus interesses de classe (RHODES, 1993, p. 203-214).

Segundo Dunleavy (1981, p. 10) *apud* Rhodes (1993:203-214) as corporações profissionais não se limitam a buscar maior participação nos recursos financeiros do Estado. Elas também buscam influenciar ideologicamente o sistema, atuando no estabelecimento dos pressupostos, das políticas, das diretrizes e das rotinas do sistema. Caso as corporações profissionais

estejam divididas internamente, do ponto de vista ideológico, essa fratura se reproduz no processo de formulação e implementação da política, refletindo-se na disputa pelo controle dos órgãos de decisão e implementação. No caso da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS, esses conflitos se manifestam na disputa entre os grupos vinculados com os valores e princípios do movimento da reforma sanitária e os grupos vinculados às propostas tradicionais de saúde e de educação em saúde.

Para compreender essas disputas, é necessária a incorporação de um conceito mais amplo que o de corporação profissional, que é o de comunidade profissional, ou comunidade epistêmica. Cada comunidade epistêmica caracteriza-se pelo compartilhamento de um conjunto singular de crenças e de uma racionalidade baseada em valores sobre a ação. A comunidade profissional é *“um campo associado a práticas profissionais e de saber através da adesão a associações e organizações concretas, mas também, e principalmente da comunhão de uma determinada visão de sociedade e de seu objeto de intervenção”* (MARQUES, 2000, p. 41).

A comunidade profissional não pode ser tomada como um ator ou sujeito político, mas como o ambiente ou campo em que os atores concretos (coletivos ou não) se relacionam e agem. No caso da saúde pública, a comunidade engloba os profissionais do setor, suas organizações representativas, todas as empresas públicas e privadas do setor, inclusive as instituições de ensino em saúde.

O ambiente ou campo onde os atores concretos (coletivos ou não) se relacionam e agem é o setor. O conceito é característico da abordagem setorial francesa e destaca, de forma mais explícita a ação do Estado. O setor deve ser entendido como o conjunto dos papéis sociais estruturados em torno de uma lógica vertical e autônoma de reprodução. Via de regra, sua

estruturação é feita a partir de uma lógica profissional. Lutas por hegemonia são frequentes e o conturbam. Elas visam ao exercício do poder administrativo no setor e o estabelecimento do seu referencial sobre ele e sobre a sociedade; ou seja, do seu conjunto de idéias e representações para o setor, seus objetos de intervenção e seu lugar na sociedade. O emprego desse conceito acarreta que *“a análise setorial não se restringe ao estudo da política e de seus atores, mas também leva em conta detalhadamente, os projetos e as estratégias, integrando políticas públicas, projetos e cultura”* (MARQUES, 2000, p.43). Dessa forma é possível compreender o formato e a dinâmica das redes de políticas públicas como expressão da interação que as diversas comunidades profissionais que constituem um determinado setor estabelecem entre si, com o sistema político e com a cultura, visando o controle administrativo e ideológico daquele setor.

O problema do emprego de análise setorial no Brasil deve-se ao fato de que o conceito prevê um insulamento do Estado com relação aos problemas privados que não existe no Brasil, onde o Estado e o privado se apresentam imbricados de uma forma muito complexa. Além disso, a análise setorial concentra sua análise na dimensão macroestrutural, na qual se perde clareza em relação aos vínculos entre os atores e aos seus padrões.

Ao utilizar o conceito de setor, é necessário aproximá-lo do conceito de comunidade ou mesmo utilizar os dois para poder empreender uma análise que preserve o lugar do Estado, mas que também reconheça a presença de outros atores importantes. Também, é preciso reconhecer que em muitos casos, como o da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as fronteiras entre os setores são tênues, o que pode gerar disputas intersetoriais e intergovernamentais pelo controle administrativo e ideológico da política e da rede.

2.3. A implementação das redes de políticas públicas

As análises sobre a conveniência de um governo adotar um ou outro modelo de coordenação social devem levar em conta que a capacidade desse mesmo governo de exercer controle é limitada por questões como a sua perda de legitimidade junto ao conjunto dos atores e a complexidade e multiplicidade de instituições cujas ações devem ser coordenadas. Sob essas condições, o governo deve ser entendido apenas como mais um dos muitos atores que influenciam o curso dos acontecimentos na sociedade e que não tem poder para exercer controle sobre os demais atores.

As demais instituições sociais são, em grande extensão, autônomas, auto-responsáveis e autogovernadas, o que leva à perda de capacidade diretiva e de controle por parte do governo (KICKERT, 1999, p. XII). Nesse contexto, o conceito de governança da rede política pública, entendido como capacidade de influenciar os processos sociais, torna-se relevante e contrasta com o conceito de governo/gerência de rede de política pública.

De acordo com Rhodes (1999, p. XI), o conceito de governança refere-se à rede de política pública enquanto um arranjo interorganizacional no qual os atores são auto-organizados; interdependentes; estão em interação contínua; compartilham recursos; negociam objetivos comuns baseados em confiança mútua; negociam e pactuam regras na ausência de posições de dominância. Esses processos demandam formas de coordenação diferentes do mercado e da hierarquia. Embora relevantes, estas questões têm recebido pouca atenção dos pesquisadores (RHODES, 1999, p. XIII).

Segundo Siman (2005, p.13) existe pouca acumulação de conhecimento sobre “*os aspectos organizacionais e institucionais que estruturam o contexto da implementação das políticas públicas*”. Este quadro se repete no campo de estudo das redes de políticas públicas e é revelador de duas questões fundamentais. A primeira é a complexidade do objeto de estudo. A segunda é que o interesse acadêmico por redes de políticas públicas e por processos de implementação é relativamente recente no campo da ciência política.

De acordo com Pressman e Wildavsky (1973, p.XV) a implementação de políticas públicas deve ser vista como um processo de interação entre o conjunto das metas e objetivos estabelecidos para influenciar um determinado problema político com o conjunto das ações necessárias para realizá-los. A relação entre a questão que a política busca responder (situação atual), os instrumentos de intervenção (as ações) e o conjunto das metas e objetivos (conseqüências futuras) devem ser explicadas por uma teoria sobre o problema.

Pressman e Wildavsky (1973, p.111-117) indicam que a separação entre o desenho e a implementação da política é fatal. A implantação deve ser vista como um processo no qual a política original é continuamente reformulada. De acordo com Easton (1965, p.130) quando os atores agem para implementar uma decisão, a política entra numa fase na qual a decisão é expressa ou interpretada em uma série de ações, novas decisões e falhas que podem modificar tão profundamente uma decisão, que ela se transforma em uma nova política.

Segundo Bardach (1984, p.38) a implementação deve ser entendida como um processo de pressões e contra pressões, no qual atores cujas posições não foram reconhecidas na fase de formulação buscam um papel no processo de administração das ações e que no exercício destes papéis transformam a prática da política.

De acordo com Pressman e Wildavsky (1973, p.94-97), os atores divergem em relação aos seguintes fatores: formas de conexão com a política; conteúdo; urgência das ações; e critérios de medida de sucesso. As diferentes formas de relacionamento com a política devem ser consideradas como resultantes de outras relações institucionais que os atores mantêm entre si e com outros atores que não estão diretamente vinculados à sua implementação. Segundo Pressman e Wildavsky (1973, p.98-102), embora nenhum dos atores discorde das metas de uma política, o engajamento de cada um deles pode variar em função dos seguintes fatores: incompatibilidade direta entre o comprometimento com a política e outros compromissos; preferência por outra política; comprometimento simultâneo com outros projetos; dependência de outros atores com percepções distintas sobre a política; diferenças de opinião sobre a liderança e os papéis organizacionais; diferenças legais e de procedimentos; impactos da política sobre variáveis que são controladas pelo ator.

Também é necessário considerar a existência de fragmentação institucional e de objetivos e caminhos distintos e, ou mal articulados na mesma política, que são escolhidos pelos atores em função dos seus interesses, da intensidade da preferência e dos seus recursos (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973, p.111-117; BARDACH, 1984, p.36). Na dimensão intergovernamental, ocorrem vários tipos de conflitos: entre políticos e burocratas; entre burocratas de alto escalão e os burocratas do nível operacional. Em muitos casos esses conflitos são resolvidos através de barganha intergovernamental entre agências de diferentes níveis.

De acordo com Mazmanian e Sabatier (1983, p. 22), a implementação deve ser entendida como um processo dinâmico, que pode ser influenciado por variáveis independentes distribuídas em três dimensões: estatutária, não estatutária e do problema. Na dimensão

estatutária se localizam: clareza e consistência dos objetivos; validade da teoria explicativa do problema; alocação inicial de recursos financeiros; integração hierárquica intra-institucional e entre as instituições responsáveis pela implementação; regras de decisão; pessoal e garantia de acesso aos *out-siders*.

A dimensão não estatutária compreende: condições socioeconômicas; variáveis técnicas; suporte estatal; atitudes e recursos dos atores; autonomia; comprometimento e qualificação técnica do pessoal. Na dimensão do problema se identificam; dificuldades técnicas; diversidade da população alvo; tamanho do grupo alvo em relação à população total; e a extensão da mudança comportamental pretendida.

Nesse modelo, as variáveis dependentes são os resultados políticos das agências de implementação; a adesão das populações alvo aos resultados da política; os impactos atuais dos resultados; a percepção dos impactos dos resultados da política; e as revisões no estatuto (legislação e normas administrativas) da política.

Considerando este modelo é possível avaliar a implementação de acordo com seis condições: clareza e consistência das diretrizes da política; identificação dos fatores que afetam os objetivos das ações e garantia estatutária de jurisdição e autoridade para que os atores possam realizá-las; estruturação estatutária do processo de implementação de forma a maximizar a possibilidade de adesão das populações alvo; forte comprometimento dos gestores, que devem dispor da capacitação e autoridade necessárias para alcançar os objetivos da política; suporte ativo das organizações envolvidas e dos atores chave no governo; transformação das condições socioeconômicas.

Segundo Nogueira (1998, p.22), as novas metodologias de implementação de políticas públicas representam desafios em quatro dimensões: política, institucional e organizacional, social e técnica. A dimensão política envolve as restrições ou limitações à participação de alguns atores por parte dos demais, como por exemplo, os grupos-alvo da política que a rede deve operar; a falta de informação; a falta de influência e a falta de organização dos atores. Além disto, o distanciamento entre órgãos centrais e os agentes executores pode comprometer diretamente o processo de execução da política.

A dimensão institucional e organizacional envolve a capacidade de gestão determinada pelo marco organizacional da ação, pelos recursos mobilizados e pela sua administração em função dos objetivos definidos. Como limitações de ordem organizacional identificam-se a excessiva burocratização; a resistência à mudança; a fragmentação dos processos entre departamentos e níveis hierárquicos; o isolamento; a falta de processos eficientes de comunicação e a ausência de informação precisa e confiável.

Como dificuldades na dimensão institucional identificam-se a diversidade institucional; a pluralidade de organismos, programas e instituições envolvidas na implementação da rede; a falta de clareza na definição de metas, objetivos e estratégias; a inadequação da teoria que organiza a política; a inexperiência dos atores em participar de atividades descentralizadas e a incompatibilidade entre a natureza da política, as técnicas de gestão e formas de organização do trabalho. As limitações técnicas referem-se à disponibilidade e utilização de conhecimento adequado para a definição da situação e a formulação de alternativas, enquanto as limitações sociais referem-se à aceitação da política por parte dos destinatários.

Responder aos desafios propostos na dimensão política, institucional e organizacional, social e técnica numa perspectiva de governança de redes de políticas públicas exige o desenvolvimento de modelos teóricos e ferramentas de gestão que permitam o gerenciamento da pluralidade e da diferenciação institucional em ambientes caracterizados pela fluidez.

A pluralidade dos atores e a elevada diferenciação institucional exigem que se considere cada rede como um fenômeno social único. Cada rede deve ser compreendida como uma construção singular, com uma história específica e dinâmica própria. Dessa concepção decorre que parte significativa do conhecimento específico que se obtêm sobre cada rede de política pública não é generalizável. Como consequência não se produz teoria geral, mas micro teoria sobre o objeto de estudo. Por outro lado, uma parte do conhecimento produzido é generalizável e estimula esforços de construção de tipologias de redes e a geração de modelos analíticos e de instrumentos de gestão de redes políticas públicas.

A despeito da especificidade de cada rede de política pública Kickert et al (1999, p.166-191) indicam a possibilidade de se construir estratégias e instrumentos de gerenciamento das redes a partir de três perspectivas: institucional, instrumental e interacionista. A perspectiva instrumental é criticada por reintroduzir a modelagem *top down* e resgatar percepções e instrumentos da coordenação baseados na perspectiva da regra racional. Entende-se que mesmo refinados, ou aplicados em benefício dos atores locais, estes instrumentos não se aplicam ao gerenciamento de arranjos em redes. Os adeptos desta perspectiva argumentam que os atores governamentais tendem a ocupar uma posição de proeminência nas redes de políticas públicas, devido à especificidade de suas tarefas de natureza pública, papéis e competências.

Na perspectiva interacionista o problema da ação coletiva desempenha um papel fundamental. Em contraste com a perspectiva instrumental, as relações entre os atores não são definidas em termos das posições de controlado e de controlador, mas em termos das relações de influência mútua entre os atores. Os conceitos relevantes nesta perspectiva são os de ator, estratégia, coalizão e jogo. Entende-se que os objetivos e as ações dos atores podem ser objeto de pactuação e ajustamento mútuo, e que a sua implementação pode ser resultado da cooperação entre os atores. As objeções a essa perspectiva referem-se à ausência de coordenação hierárquica no ordenamento das relações e a liberdade de escolha dos atores.

3 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

As opções metodológicas de uma pesquisa somente adquirem sentido quando associadas às escolhas epistemológicas e teóricas que as determinam. As escolhas epistemológicas e teóricas manifestadas neste trabalho influenciaram o recorte do problema e, por consequência, os objetivos de pesquisa. Além disso, determinaram os métodos e as técnicas de coleta e de análise de dados empregados, que são eminentemente qualitativos. Optou-se pelos métodos qualitativos de pesquisa, considerando-se que *“as metodologias qualitativas derivam da convicção de que a ação social é fundamental na configuração da sociedade”* (HAGUETTE, 2000, p.20).

Além disso, considerou-se que *“os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de sua origem e sua razão de ser”* (HAGUETTE, 2000, p. 63) em oposição aos métodos quantitativos que *“supõem uma população de objetos de observação comparável entre si”* (HAGUETTE, 2000, p. 63).

Neste trabalho, os fenômenos sociais são entendidos como construções singulares, com histórias específicas e dinâmicas próprias. Dessa concepção, decorre que parte significativa do conhecimento específico que se obtém sobre cada fenômeno social não é generalizável. Como consequência, não se produz teoria geral, mas microteoria. Se, por um lado, esse é um dos principais questionamentos que se faz aos métodos qualitativos, particularmente ao estudo de caso (LAVILLE e DIONNE, 1999, p. 157), por outro, deve-se considerar que esses estudos realizam uma poderosa contribuição para o aprofundamento do conhecimento sobre o objeto de estudo.

Esses argumentos justificam a adoção do estudo de caso como o método mais adequado para responder à questão de pesquisa proposta: Como o caráter não espontâneo da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde afetou sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais - SUS/MG - Região Macrocentro?

3.1. Métodos e técnicas

O método utilizado nesta pesquisa foi o estudo de caso. Essa opção é coerente, em primeiro lugar, com a busca de um método que permita enfatizar as especificidades do fenômeno que se estuda em termos de sua gênese, considerando aspectos estruturais e dinâmicos.

Uma informação relevante sobre a gênese desta investigação é a motivação do investigador, ao optar pelo estudo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi desenvolvida ao longo dos anos de 2004 e de 2005, quando o pesquisador tinha como um dos espaços de atuação profissional, a representação institucional da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais no Pólo de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS/MG - Região Macrocentro.

Se, no início do processo, a vivência da representação da PUC Minas no Pólo de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS/MG - Região Macrocentro gerou o interesse pelo problema de pesquisa, em um momento subsequente, o interesse pelo projeto de pesquisa sustentou o esforço de manter-se presente no cotidiano do Pólo de Educação Permanente durante a etapa de construção do projeto. Tal vivência foi fundamental para o estabelecimento de vínculos sociais que, posteriormente, se revelaram importantes para compreender a

dinâmica da rede, coletar informações documentais e realizar as entrevistas. Além disso, permitiu que, pelo menos parcialmente, se produzissem a apropriação e o compartilhamento de conhecimento, essencial para compreender algumas das percepções manifestadas pelos atores.

Como técnicas de coleta de dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e as entrevistas semi-estruturadas. A conjugação destas técnicas permitiu coletar os dados necessários para cumprir os objetivos específicos da investigação: descrever a gênese, a organização e a dinâmica do Pólo de Educação Permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MG - Região Macrocentro.

A pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental foram iniciadas ainda na etapa de elaboração do projeto de pesquisa e foram essenciais para sua conclusão. A pesquisa documental foi realizada ao longo dos anos de 2005 e de 2006, e ofereceu subsídio para a pesquisa, tanto na fase elaboração do projeto quanto na de implementação.

A pesquisa documental foi realizada junto às várias instâncias do SUS que, de alguma forma, se relacionam com Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A coleta de dados foi realizada principalmente nos sites do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais – CIB/MG, do Conselho de Estadual de Saúde de Minas Gerais, do Fórum dos Pólos de Educação Permanente do Estado de Minas Gerais e do Pólo de Educação Permanente do Estado de Minas Gerais / Região Macrocentro.

Considerando-se que esses documentos são públicos e estão disponíveis nos sites de cada um dos órgãos de governo que participam da rede, definiu-se por tomá-los como registro do discurso formal e público de cada ator organizacional, ou seja, como discursos dos atores organizacionais. Entretanto é necessário estabelecer distinção entre os diversos tipos de discurso. Enquanto as atas de reunião documentam os embates e a demarcação da posição dos grupos; as portarias e, ou as deliberações manifestam formalmente o acordo obtido nos coletivos ou a determinação hierárquica, transmitindo as determinações, internas e externas à organização, como um discurso coeso que deve ter o poder de coagir o comportamento dos atores internos /e ou externos. Identificou-se que essa coação se exerce pelo poder hierárquico e econômico detido pelos atores dentro da estrutura do Estado nos seus três níveis e organização (União, Estado e Município) e que este poder se exerce interna e externamente às estruturas próprias do Estado.

A esses discursos dos atores organizacionais articulam-se aos discursos dos indivíduos que representam as organizações integrantes do Pólo de Educação de Educação Permanentes e que, portanto, estão investidos de autoridade para falar publicamente em nome destas instituições e é dessa forma que foram convidados a conceder as entrevistas. Considerando-se que estes indivíduos falam em nome das instituições, é esperado que sua fala corrobore o discurso institucional e isso efetivamente ocorreu, mas é importante observar que, em muitos casos, o discurso formal da organização é negado e, ou reconstruído, sinalizando para a existência de dinâmicas organizacionais e interorganizacionais mais complexas do que aquelas que são capturadas nas atas de reunião e em outros documentos das organizações.

O primeiro passo para a realização das entrevistas foi a elaboração de uma listagem de instituições vinculadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS em

MG - Pólo da Região Macrocentro e das pessoas que representavam estas instituições nas várias estruturas de implementação da política. A lista foi composta com as seguintes organizações: A Secretaria Nacional de Gestão e Educação para o Trabalho, vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde; a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; as Diretorias e Gerências subordinadas à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, que mantêm interface com a Política Nacional de Educação Permanente; o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; o Comitê Intergestores Bipartite de Minas Gerais; Fórum dos Pólos de Educação Permanente do Estado de Minas Gerais; Pólo de Educação Permanente do Estado de Minas Gerais.

Os critérios de construção da listagem foram a disponibilidade da instituição em participar da pesquisa e a representatividade das organizações, o que inclui o peso hierárquico na estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS e, ou o peso político e acadêmico da instituição, características que, via de regra encontram-se associadas com a visibilidade e com ascendência que a instituição exibe na rede.

O terceiro passo foi o agendamento das entrevistas. Para isso, foram feitos trinta convites, sendo que dezoito foram aceitos. Os contatos foram feitos por e-mail informando sobre a pesquisa e convidando para participação, seguido de contato telefônico. Cada convite foi acompanhado de uma carta de apresentação do orientador e um modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com os padrões sugeridos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Ressalta-se que a primeira entrevista foi realizada com o Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Além da coleta de dados esta entrevista teve como fins: apresentar a pesquisa à

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que é responsável pela gestão do SUS no nível estadual; solicitar permissão para realizar a pesquisa e solicitar uma carta de apresentação da pesquisa.

Em todas as entrevistas que se sucederam, o pesquisador entregou aos entrevistados uma cópia dessa carta, uma cópia da apresentação feita pelo orientador do pesquisador e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo era lido e assinado pelo pesquisador e pelo entrevistado, antes do início de cada entrevista, que recebia uma cópia para arquivo. Os entrevistados que solicitaram receberam uma cópia da transcrição da entrevista.

Alguns dos entrevistados participam de mais de um órgão vinculado à política. O Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, por exemplo, é membro nato e preside o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais - CES/MG. O Secretário também é membro nato e preside a Comissão Intergestores Bipartite/MG - CIB-SUS/MG. Um dos entrevistados, representante da CIB-SUS-MG, também é assessor do Secretário de Estado de Saúde. Além disso, é importante ressaltar que os três membros do Fórum que foram entrevistados são servidores estaduais, sendo que um deles, o Coordenador do Fórum ocupa cargo de direção na Secretaria de Estado de Saúde.

A tabela a seguir apresenta a identificação dos entrevistados quanto à localização da instituição dentro das estruturas vinculadas com a Política de Educação Permanente através de Pólos. Os entrevistados são gestores e técnicos que representam os atores privados e os atores originários dos três níveis de governo: União, Estado e Município.

Tabela 1

Identificação dos entrevistados quanto à localização da instituição de origem dentro das estruturas vinculadas com a Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Origem	Quantidade
Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Gestão e Educação para o Trabalho	01
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	05
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais	02
Comissão Inter-gestores Bipartite – CIB	01
Fórum dos Pólos de Educação Permanente do Estado de Minas Gerais	03
Pólo de educação Permanente do Estado de Minas Gerais	06
Total	18

Foram realizadas dezoito entrevistas semi-estruturadas, com tempo médio de uma hora, totalizando 20 horas de depoimentos. Essa etapa do trabalho se entendeu por mais de três meses, sendo que, o espaço de tempo entre a realização da primeira entrevista e a última é de 90 dias, decorrente da necessidade de aguardar por disponibilidade na agenda de cada gestor.

Para conduzir as entrevistas, o pesquisador utilizou um roteiro estruturado em três blocos: percepção do entrevistado sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através de Pólos; os facilitadores e dificultadores para a implantação da política; o futuro da Política de Educação Permanente em Saúde através de Pólos.

O pesquisador apresentou comportamento não diretivo, permitindo que os entrevistados respondessem às perguntas da forma como se sentissem mais à vontade, sem qualquer tipo de restrição de tempo ou linguagem. Em nenhum momento os entrevistados foram interrompidos na sua exposição ou chamados a alinhá-la com a pergunta formulada. Como

resultado, obteve-se falas ricas em exemplos, lembranças de situações correlacionadas e, em muitos casos, com baixo grau de censura sobre as percepções negativas e as avaliações pessoais de processos e instituições. Algumas das falas são lineares, fortemente articuladas e refletem posições prévias, resultando em entrevistas ricas, mas de curta duração. Em outros casos, a fala é menos linear, pontuada por lapsos, inconsistências e fragmentos de livre associação de idéias. Disso resultaram discursos aparentemente menos coesos e entrevistas mais longas. Ainda assim, em poucos casos, o pesquisador teve necessidade de retomar e pedir esclarecimentos sobre pontos obscuros e vazios no discurso ao final da entrevista. Em todas as entrevistas o roteiro foi atendido na íntegra.

Em algumas das entrevistas, foram coletados documentos adicionais que não estavam disponíveis na Internet, no momento da entrevista. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e seu conteúdo comparado com o conteúdo dos dados obtidos na pesquisa documental. Buscou-se a identificação de regularidades no discurso, tanto quanto a divergência no discurso, entendendo que, se por um lado, as regularidades representam os comportamentos e as percepções institucionalizadas, as divergências são manifestações de posições que estão sendo superadas ou que estão emergindo no processo de construção social.

O passo seguinte consistiu em buscar, nos vários discursos institucionais e nas falas dos atores individuais, os elementos necessários à reconstrução de um possível mapa de mundo aprendido, compartilhado e vivenciado pelos diversos atores na implantação do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS MG - Região Macrocentro, que possibilitasse ao analista compreender a gênese, a organização e a dinâmica do pólo.

4. O caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais/SUS-MG - Pólo da Região Macro Centro

4.1. Descrição da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Formação em Saúde foi instituída através da Portaria nº. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para a formação e para o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Ao instituir a Política, a Portaria 198 impõe que o processo de educação permanente deve ser conduzido pelo conjunto dos atores públicos e privados, originários dos quatro segmentos que compõem o setor da saúde pública no Brasil (gestão, controle social, trabalho e ensino) organizado em uma plenária, o Pólo de Educação Permanente em Saúde. Dessa forma, Pólo deve entendido como uma forma de conexão entre atores públicos e privados visando à coordenação dos processos de educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.

O pólo é uma “roda de gestão” que deve ser coordenado por um colegiado de gestão, eleito entre seus integrantes. Aos pólos assim organizados cabe identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, formular políticas de formação e desenvolvimento, e estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações de formação e desenvolvimento.

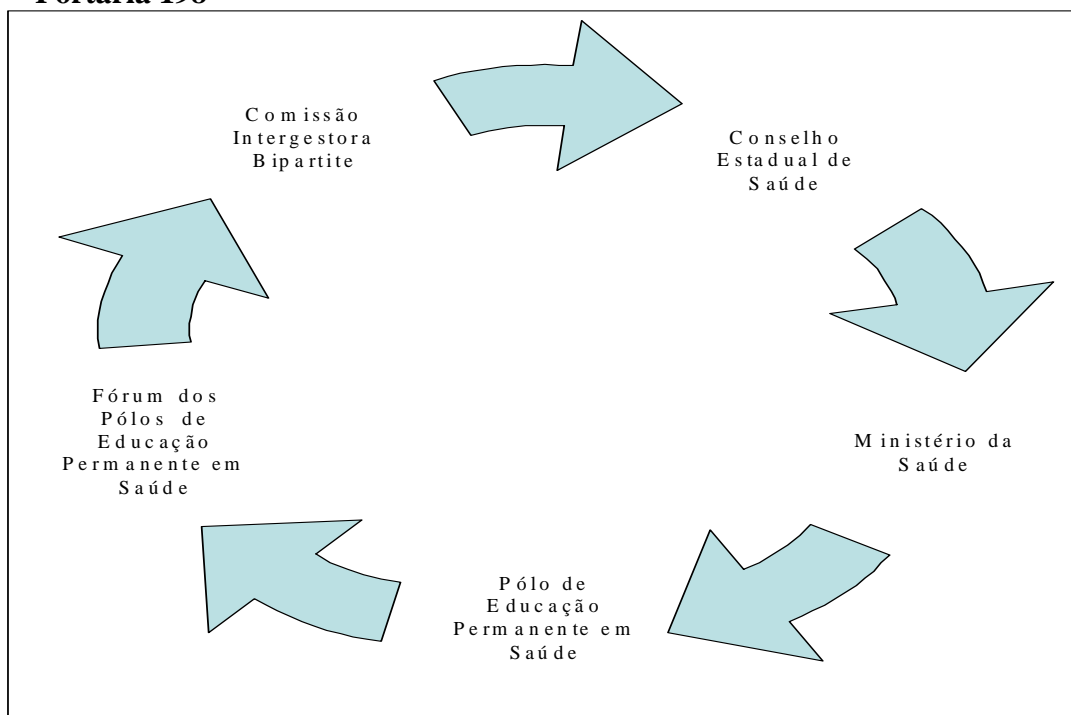
De acordo com a Portaria 198, os pólos devem submeter seus projetos de educação permanente para a apreciação das Comissões Intergestores Bipartite do SUS - CIB/SUS e a aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, antes de encaminhá-los ao Ministério da Saúde. Em um alguns casos, a Portaria 198 facultou aos Estados constituir um órgão colegiado para

coordenar os Pólos: o Fórum de Pólos de Educação Permanente:

nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde(BRASIL, MS, Portaria 198, 2004 artig 4ºo)

Dessa forma, a rede proposta para implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi constituída pelos seguintes atores: Pólos de Educação Permanente; Fóruns de Pólos; Comissões Intergestores Bipartite dos Estados; Conselhos Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde. No caso específico de Minas Gerais, que, no primeiro momento foi o único Estado da Federação a constituir um Fórum, a Rede da Política de Educação Permanente em Saúde deveria operar obedecendo a um fluxo circular, representado na figura a seguir.

Figura 2
A Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde proposta pela Portaria 198



responsável pelo acompanhamento dos cem (100) pólos criados no Brasil e pela gestão dos contratos de prestação de serviços educacionais assinados entre a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a UNESCO e as entidades de ensino (escolas técnicas universidades públicas e privadas) que realizam as ações de Educação Permanente em Saúde.

Em junho de 2005, a Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi responsável pela coordenação de quatro mil e noventa e três (4093) atividades diferentes, distribuídas em trinta e quatro (34) diferentes áreas temáticas, que previam a oferta de trezentas e vinte e quatro mil, trezentos e sessenta e nove (324369) vagas para os trabalhadores do setor de saúde pública. Deve-se ressaltar que três mil, seiscentas e setenta e nove (3679) atividades envolvendo duzentas e quarenta seis mil, trezentas e setenta e quatro (246374) vagas referem-se aos programas regulares de capacitação, formação e pós-graduação do Ministério da Saúde, como por exemplo, os programas de residência médica e os Programas de Formação de Agentes de Saúde. Nesse sentido, é incorreto afirmar que tenham sido objeto de projetos novos dos pólos, uma vez que eles já existiam. As ações de capacitação, que representam os projetos elaborados pelos Pólos naquele momento, somam quatrocentas (415) ações que ofertavam setenta e sete mil, novecentos e noventa e cinco (77995) novas vagas para os trabalhadores do setor (CECIM, 22005, p. 978).

No Estado de Minas Gerais foram constituídos treze (13) Pólos de Educação Permanente em Saúde que são gerenciados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; criados pela deliberação CIB-SUS-MG número 045 de 01 de dezembro de 2003 obedecendo aos critérios de organização por macroregiões assistenciais previstos no Plano Diretor de Regionalização do SUS-MG.

A organização interna dos Pólos de Formação e Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais foi definida em projetos elaborados pela Secretaria de Estado de Saúde, através das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde - DADS em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios sede das microrregiões que compem cada macro região.

No caso específico do Pólo de Educação Permanente em Saúde – Macroregional centro que é o objeto empírico deste estudo, sua organização e forma de governo foram definidas no “*PROJETO MACRO REGIONAL CENTRO PARA IMPLANTAÇÃO DO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE BH/ITABIRA/SETE LAGOAS*”(MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 03/2004) elaborado pelas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde - DADS de Belo Horizonte, Itabira e Sete Lagoas em conjunto com os cinco municípios que são sedes microrregionais. O projeto leva em consideração os documentos produzidos até aquele momento da sua elaboração pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Comissão Intergestores Tripartite - CIT e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES MG.

O Pólo Macroregional Centro é constituído por cento e quatro (104) municípios localizados na região central do estado de Minas Gerais, agrupados em cinco núcleos. A população total é de cinco milhões, oitocentos e sessenta oito mil e um habitantes (5868001). Estes dados são apresentados de forma sintética na tabela 3, a seguir:

Tabela 3**Composição do Pólo de Educação Permanente
- Macroregional Centro**

Núcleos	Municípios	População
Belo Horizonte	14	3.033.136
Betim	16	697.239
Contagem	09	952.876
Itabira	36	489.941
Sete Lagoas	32	519.862
Total	104	5.686.001

O Pólo de Formação e Educação Permanente Macroregional Centro está conformado como uma plenária constituída por representantes de todos os segmentos que constituem o setor saúde. A plenária é coordenada por um Conselho Gestor, composto por trinta e sete (37) membros eleitos entre os pares, responsável pela execução técnico-operacional da política de formação e educação permanente em saúde da Macrorregião definida pela Plenária.

Além dos Pólos de Educação Permanente, Minas Gerais criou um Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG, ao qual compete: propor políticas de educação e formação; analisar propostas apresentadas pelos gestores e pelas entidades formadoras; acompanhar e avaliar as ações educacionais em saúde; estimular iniciativas inovadoras; promover a integração, acompanhar e avaliar as ações dos Pólos de Educação Permanente (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIB-SUS-MG. DELIBERAÇÃO. 039 de 01 de outubro de 2003).

Sua composição é diversificada. Abriga representantes dos gestores da SES/MG, das Secretarias Municipais de Saúde, das instituições formadoras, dos conselhos profissionais da área da saúde, do Conselho Estadual de Saúde, dos sindicatos e das associações e órgãos de representação estudantil. É dirigida pelo Secretário de Estado de Saúde. (MINAS GERAIS.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIB-SUS-MG. DELIBERAÇÃO.039 de 01 de outubro de 2003- artigo 3.º - parágrafo 1.º). A condução dos trabalhos deve ser feita por um Conselho Gestor coordenado pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - CDRH-SES/MG (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIB-SU

como instâncias permanentes de formulação e fiscalização da implementação das políticas públicas de saúde, conforme definido na Lei 8.142 de 28/11/1990:

O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, Lei .8142, 28/12/1990 , art. 1. § 2º)

As CIB'S são instâncias colegiadas de decisão do SUS, integradas paritariamente pela SES e por representantes das Secretarias Municipais de Saúde – SMS. CIB's foram criadas em 1993, pela Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de âmbito nacional (que reúne o gestor federal, os gestores estaduais e os gestores municipais do SUS). A CIB/MG tem como competência regulamentar os aspectos operacionais do SUS/MG (MG, Estatuto da CIB, 1999, Cap.3, art.3º, § I).

Segundo a Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, os treze Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais, que foram criados para atender a Portaria 198, apresentaram ao Ministério da Saúde duzentos e vinte um (221) projetos de capacitação de recursos humanos. Por intermédio desses projetos, as instituições formadoras (escolas técnicas e universidades públicas e privadas) vinculadas aos Pólos de Educação Permanente criaram dezoito mil, quinhentas e cinqüenta e duas vagas (18552) a um custo total de dezenove milhões, duzentos e oitenta e nove mil, trezentos e noventa e um reais, noventa e sete centavos (R\$19.289.391,97). As instituições formadoras foram contratadas como executoras dos projetos dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, aprovados pelo Ministério da Saúde, por intermédio de contratos celebrados diretamente com as

agências financiadoras (OPAS e UNESCO).

O pólo da Macrorregião Centro apresentou trinta e dois (32) projetos, ofertando três mil, trezentos e dezesseis vagas (3.316) a um custo total de dois milhões, duzentos e cinquenta e oito mil, duzentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos (R\$2.258.231.25).

As atividades realizadas compreendem, em grande parte, ações pontuais de capacitação como: oficinas sobre formação e educação permanente em saúde, destinadas aos representantes das instituições participantes dos pólos – gestores do sistema de saúde e da área de recursos humanos dos municípios e instituições de ensino (discentes e docentes) da área dos pólos; seminários sobre planejamento estratégico, destinados a representantes das instituições participantes dos pólos; Seminários sobre consolidação de novas práticas de saúde, destinados equipes de saúde da família e demais trabalhadores do SUS, cursos de gestão do trabalho em saúde; cursos de gestão administrativa e financeira; cursos de gestão da informação em saúde; seminários de humanização do atendimento e etc.

Os valores referentes aos projetos apresentados pelos treze Pólos são apresentados na tabela 4: Relatório síntese dos projetos de capacitação de recursos humanos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde do estado de Minas Gerais.

Tabela 4**Relatório síntese dos projetos de capacitação de recursos humanos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde do estado de Minas Gerais**

Macro região	Projetos de capacitação de recursos humanos	Vagas	Custo (R\$)
Centro sul	38	1.406	1.816.407,50
Centro	32	3.316	2.258.231,25
Leste do Norte	28	410	3.987.670,74
Leste do Sul	06	1.360	185.135,08
Norte	11	1.025	972.188,07
Noroeste	08	832	1.337.576,00
Oeste	04	428	227.612,50
Triângulo Sul	10	2.880	2.759.324,00
Triângulo Norte	06	1.170	558.087,00
Vale do Jequitinhonha	08	240	372.273,50
Nordeste de Minas	12	962	4.170.405,99
Sudeste	16	2.436	1.891.486,00
Sul	37	2.050	1.230.323,31
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz*			135.742,20
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz*	1	20	112.000,00
Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa *	1	17	106.671,00
Total	221	18.852	19.289.391,97

Fonte: Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento da Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde; (www.saude.gov.br, Acessado em 12/2006)

Desse valor total, foram comprometidos quatorze milhões, setecentos e dezenove mil, novecentos e vinte e dois reais, setenta e três centavos (R\$ 14.719.922,73) com cento e noventa e quatro (194) projetos apresentados, dos quais, três milhões, duzentos e sessenta e oito mil, seiscentos e noventa reais (R\$ 3.268.690,00) correspondem ao valor da primeira alocação de valores financeiros definida pela Portaria 198, considerando-se a pactuação da proposta de “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de

Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003, destinada a garantir a alocação de recursos financeiros para os Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Naquela ocasião, o valor total que a União alocou para os pólos do Brasil foi de quarenta milhões de reais (R\$40.000.000,00), sendo que o valor destinado ao Estado de Minas Gerais corresponde a oito, dezessete por cento (8.17%) deste total. O índice aplicado pelo Ministério da Saúde é obtido a partir de um modelo matemático de alocação de recursos financeiros que considera fatores demográficos e socioeconômicos (população X demanda de serviços de saúde X oferta de serviços de saúde). O Estado de Minas Gerais não realizou alocação de recursos financeiros para os pólos.

Oito milhões, setecentos e quinze mil, cento e quarenta e três reais (R\$ 8.715.143,00) referem-se à segunda “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite para o período 2004/2005. Dessa forma, o valor total de recursos alocados contabilmente para os Pólos de Educação Permanente em Minas, até 2006, foi de R\$ 11.983.833,00.

O Ministério da Saúde também registra a realização de seis (06) ações cujo custo totaliza quatro milhões, quinhentos e sessenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e nove reais, vinte e quatro centavos (R\$4.569.469,24), contratadas até dez/2004, que não utilizaram os recursos dos Pólos referentes à primeira pactuação, ou seja, que foram financiadas por fontes extra-Pólos de Educação Permanente em Saúde. No início do ano de 2006 estavam em contratação cinqüenta e duas (52) ações com custo total de dois milhões, trezentos e noventa e três mil,

seiscentos e oitenta reais, sessenta e oito centavos (R\$ 2.393.680,68) cuja fonte são os recursos dos Pólos, restando um saldo orçamentário dois milhões, setecentos e trinta e seis mil, oitenta e nove reais, setenta e três centavos (R\$2.736.089,73).

4.2. A gênese da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são plenárias regionais, constituídas pelo conjunto dos atores do setor da saúde pública, através das quais o Ministério da Saúde conduz, desde 2003, a primeira experiência brasileira de formulação e implementação de uma política nacional de educação permanente em saúde. Se, por um lado, a existência de uma política nacional de educação permanente em saúde é uma novidade, ela também representa a continuidade da utilização do modelo de pólo, entendido como uma rede de abrangência regional constituída pelo serviço e pelas instituições formadoras, para fazer a coordenação de ações e programas de educação em saúde. O modelo foi empregado pelo SUS na implementação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do Programa de Saúde da Família - PSF no período que vai de 1994 a 2002, quando esses foram descontinuados.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde também representam a ruptura com alguns aspectos da lógica que organizava os Pólos do PSF. O mais importante desses aspectos é o papel das instituições formadoras na estrutura dos Pólos, uma vez que essas foram deslocadas da posição de centralidade que ocupavam nos Pólos do PSF, para uma posição secundária nos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Como foi produzida essa ruptura é uma questão que se procura discutir no item 4.4. desta dissertação: As universidades como instituições

formadoras para o serviço: a desconstrução da legitimidade (p. 103), já que este fenômeno associa-se à percepção que os atores têm uns dos outros e que essa influencia atitudes, comportamentos e a definição de posições que cada um ocupa na estrutura da rede.

É importante ressaltar que as posições ocupadas pelos atores na estrutura da rede não são fixas. As posições são influenciadas pela dialética da interação que os atores estabelecem entre si, no interior da rede e no ambiente externo. A perspectiva teórica adotada neste trabalho é que a estrutura social e o ator são mútua e continuamente referidos e engendrados. Disso resultam transformações estruturais, deslocamento dos atores no interior da estrutura social, bem como mudanças nas suas percepções, atitudes e comportamentos, ou seja, as redes de políticas públicas devem ser compreendidas como estruturas sociais relativamente fluídas. Um fenômeno associado a esta questão é que tampouco os processos de formulação e implementação de políticas públicas devem ser compreendidos como momentos estanques de um processo linear e padronizado. Como ficou demonstrado nesta investigação, ao buscar descrever a gênese e a implementação da rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (ver os itens 4.2.: *A gênese da Rede Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* e 4.3.: *A implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*), a formulação e a implementação são processos que ocorrem concomitantemente, que se referem mutuamente e que se imbricam de tal forma que, em alguns momentos, são indistinguíveis um do outro. Devido a isso, estabelecer em que momento se encerra a formulação e se inicia a implementação é uma tarefa impossível. O que se pode afirmar é que, em determinado momento do processo de construção social de uma política pública, ela passa a ter existência legal, o que possibilita a realização dos atos administrativos que são dependentes de ordenamento legal. No caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde isso ocorreu com a publicação da Portaria 198, em fevereiro de 2004.

Considerando-se o critério de existência de ordenamento legal, definiu-se para esta investigação que a publicação da Portaria 198 permite distinguir dois momentos do processo de construção da política. O período que antecede a publicação da Portaria foi identificado com a gênese da Política, caracterizado pela prevalência de ações que buscam influenciar a formulação dos conceitos, o desenho da estrutura institucional e organizacional, bem como a definição dos recursos necessários para implementar a política. O período que sucede a publicação foi identificado com a implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para compreender como ocorreu o processo de construção social da Política buscou-se identificar as transformações nos padrões de relacionamento entre os atores ao longo desses dois momentos.

No que se refere à gênese da Política, é importante considerar que, embora a Portaria 198 tenha sido publicada em 2004, a demanda por uma política de formação de recursos humanos para o setor saúde pode ser mapeada desde a IV.ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1966. A questão voltou a ser discutida em todas as Conferências Nacionais de Saúde que se sucederam ao longo de quase três décadas e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos que se iniciaram em 1986, sem sucesso. Mesmo após a instituição do SUS pela Constituição de 1988, a questão foi tratada de forma pontual e desarticulada.

A formulação e a implementação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde somente é tratada como prioridade quando o Partido dos Trabalhadores - PT assume o Governo Federal em 2003. A primeira providência do novo governo, no que se refere à gestão de recursos humanos na saúde e mais especificamente em relação à formação e à educação permanente para o SUS foi a sua transformação em uma questão estratégica de alta visibilidade no Ministério da Saúde. Isso foi conseguido com a criação da Secretaria de

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES, o que foi feito na primeira reunião do Conselho Nacional de Saúde - CNS presidida pelo Ministro Humberto Costa Lima em fevereiro de 2003.

Naquela ocasião, o Ministro apresentou cinco prioridades da nova gestão do Ministério da Saúde, sendo uma delas a qualificação dos trabalhadores do SUS. A partir daquele momento, técnicos do Ministério da Saúde passaram os primeiros meses do ano de 2003 realizando articulações visando à formulação e à implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ao mesmo tempo, informavam aos atores que os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF haviam sido descontinuados, por se tratar de uma estratégia que não funcionou por estar muito centrada na universidade e que, para corrigir essa situação, era necessário que o serviço (SUS) ocupasse a posição central dos processos de formação e educação permanente dos seus trabalhadores. Para isso, era preciso deslocar a universidade do lugar de centralidade que ela ocupava nos processos de educação permanente desenvolvidos por intermédio dos Pólos do PSF para uma posição secundária, nos novos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

O Ministério da Saúde informou que a Política deveria ter como premissa que o SUS é o fim e o meio de todos os processos de formação e educação permanente em saúde. O depoimento de um ex-coordenador de Pólo de Educação Permanente do PSF é explícito sobre esta mudança de orientação. Vejamos:

Foi marcante quando outro grupo assume em 2003, que não ia ser daquele jeito e que as universidades não seriam parceiras privilegiadas no processo. Deveriam estar, poderiam estar, mas é o serviço que ia dar o tom, usar a sua prerrogativa constitucional do artigo duzentos, que é ele que ordena a formação de recursos humanos. Esse discurso foi forte, muito forte, claro, público. (ENTREVISTA 10, 2006)

As primeiras discussões sobre a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS não incluíam todas as universidades em Minas Gerais. Também não incluíam todo o SUS. O Ministério da Saúde buscava construir uma proposta nacional de educação permanente em saúde, abrindo canais de interlocução diretamente com as Secretarias Municipais de Saúde ou com os próprios Pólos que já estavam sendo formados sob a liderança desses municípios. Tal estratégia buscava excluir o conjunto das universidades e das Secretarias Estaduais de Saúde do processo de formulação e implementação da Política, conforme se depreende do depoimento de dois gestores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O primeiro chama a atenção para o fato de o Ministério da Saúde buscar a articulação direta com os municípios: *“Essa proposta inicial veio com um forte viés de um relacionamento direto do Ministério da Saúde, do nível federal com o nível local. Ou seja, com o município pólo”* (ENTREVISTA 02,2006). O segundo gestor chama a atenção para o fato de o Ministério buscar se articular diretamente com os pólos: *“cada pólo, isoladamente, ele conversaria e se articularia diretamente com o Ministério da Saúde”* (ENTREVISTA 13, 2006).

Enquanto as universidades se mantiveram cautelosas em relação ao processo de formulação e implementação da Política, os Estados reagiram e informaram ao Ministério da Saúde que a proposta baseada em auto-organização dos Pólos pelos Governos Municipais e a vinculação direta de cada Pólo com o Ministério estava equivocada. O Governo do Estado de Minas Gerais não aceitou a modelagem de Pólos de Educação Permanente em Saúde e liderou um movimento político ao longo do ano de 2003, no qual os Governos Estaduais buscaram se afirmar frente ao Governo Federal e definir para si um lugar de ator na Política. Segundo um depoente, houve forte reação política dos estados, que passaram a buscar um papel de *“ator nesse processo. “As discussões ao longo de 2003 foram de afirmação dos*

Estados” (ENTREVISTA 02,2006).

Inicialmente, o Ministério da Saúde ignorou essas pressões. Determinado na sua proposta de relacionamento direto com os municípios, o Ministério organizou reuniões e conduziu articulações visando à formulação e à implementação da política, sem a presença dos governos estaduais. Em função desse estímulo, as Secretarias Municipais começaram a organizar os novos Pólos de Educação Permanente, que vinham suceder os extintos Pólos de Educação do PSF. O Município de Belo Horizonte, que seria sede de um desses pólos, chegou a estabelecer negociações formais com as universidades visando à participação delas. De acordo com um dos entrevistados, representante de uma das universidades que constituem o Pólo Macrorregional Centro,

o próprio governo federal acena que Belo Horizonte seria um Pólo. Chegamos a receber um convite de Belo Horizonte para participar formalmente. Mandaram uma correspondência para a direção da [... ESCOLA DE...] Enfermagem e da Medicina pedindo que eles assinassem um termo de compromisso, uma declaração que eles gostariam de participar do pólo de Belo Horizonte. Teve um encontro com um representante do Ministério e Belo Horizonte para discutir o Pólo Belo Horizonte. (ENTREVISTA 10, 2006)

Mas ao mesmo tempo em que o Ministério procurou ocupar os espaços políticos de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Governo Estadual buscou se aproximar dos Municípios e assumir o comando do processo de implementação da Política Nacional de Educação em Saúde no âmbito do estado de Minas Gerais. Para isto, a SES-MG convocou um Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde e negociou com o Governo Municipal de Belo Horizonte que este reconheceria publicamente a autoridade do Governo Estadual para coordenar a formulação e a implementação da Política. De acordo com um representante de instituição de ensino superior que participou do seminário, este momento pode ser descrito da seguinte forma:

E ai, o Estado começa a fazer um processo de articulação, que de certa forma foi até o que gerou, do meu ponto de vista, o Fórum. O Estado começa a assumir realmente, do meu ponto de vista, o seu espaço de articular políticas no Estado dentro do estado. É o Estado que tem que articular políticas. Então ele chama um seminário e discute a questão dos pólos e nesse momento, nesse seminário inclusive, Belo Horizonte explicita: Olha! Tínhamos um projeto, porque estávamos entendendo dessa e dessa forma. Fomos incentivados pelo governo [federal]. Gostaríamos de colocar agora, clara e publicamente que estamos assumindo que a coordenação do processo é do Estado. (ENTREVISTA 10, 2006)

Ao organizar seu próprio Seminário de Educação Permanente em Saúde, a SES-MG antecipou-se ao Ministério da Saúde e definiu uma posição antagônica ao projeto de centralização e concentração da política que vinha sendo desenhado na sua relação com os municípios. Ao mesmo tempo, o seminário permitiu que a SES-MG afirmasse sua autoridade sobre o SUS estadual, com o apoio do Governo da capital do estado.

Embora não seja o objetivo desta investigação analisar a rede de política pública a partir da perspectiva político-partidária, não pode passar despercebido ao leitor o alinhamento do Governo Municipal da capital e do Governo do Estado em uma posição de enfrentamento com o Governo Federal. Deve-se ter em mente que o Governo Federal e o Governo Municipal de Belo Horizonte eram e ainda são ocupados pelo Partido dos Trabalhadores - PT, enquanto o governo do Estado era e ainda é ocupado pelo Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB e que os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF, que se descontinuava naquele momento, haviam constituído uma estratégia prioritária do PSDB durante os oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso.

O fato de o Governo Municipal de Belo Horizonte afirmar publicamente que abria mão de uma posição induzida pelo Ministério da Saúde e que dali em diante reconhecia a autoridade do Governo do Estado de Minas Gerais para coordenar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS-MG deve ser considerado como uma demonstração de força política do Estado, mas também como um indicador do elevado grau de tensão

política que caracterizava as relações entre o Governo Federal, o Governo Estadual e o Governo do Município de Belo Horizonte naquele momento.

A tensão entre o Governo Federal e o Governo Estadual, que reclamam autoridade hierárquica sobre a parcela da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que se organiza em Minas Gerais, marca o processo de formulação e de implementação da Rede. Deve-se atribuir a essa disputa pelo controle da Rede boa parte da responsabilidade pelo colapso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através de Pólos/Rodas de Gestão/redes.

A partir da afirmação pública do seu lugar como ator no processo de formulação e implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Governo do Estado de Minas Gerais defendeu junto ao Governo Federal (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestora Tripartite - CIT, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS) que os municípios deveriam ser agrupados em pólos organizados de acordo com os critérios que refletissem as necessidades assistenciais e a organização do SUS em bases locorregionais, já pactuados na CIB-SUS/MG. Também defendeu a criação de uma instância intermediária de articulação da Política Nacional no plano estadual, o Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG. De acordo com esse depoimento, *“Minas Gerais caminhou para criar o Fórum que pudesse ser o ambiente institucional de coordenação dos diversos Pólos. Então Minas Gerais caminhou na perspectiva de fomentar que os pólos se estruturassem a partir dos espaços assistenciais”*. (ENTREVISTA 02, 2006)

A proposta foi formalizada na 89ª reunião da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais - CIB-SUS/MG realizada no dia 29 de setembro de 2003, na qual foi aprovada a deliberação que determinou o estabelecimento de uma Política de Recursos Humanos para o SUS/MG (MINAS GERAIS. CIB-SUS -Belo Horizonte, 29/09/2003).

Ainda no mês de setembro de 2003, a SGTES apresentou em uma reunião extraordinária da CIT, na qual a SES/MG possui assento, o documento *“Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde”* que fora previamente discutido pela Câmara Técnica da CIT e pelo CNS. A plenária da CIT deliberou pela adoção da educação permanente em saúde como estratégia para consolidação do SUS. Também foi definido que a estratégia deve ser implantada de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar:

adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Propõe ainda que formação e desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar (BRASIL, COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 18/09/2003)

Definiu-se que os atores fundamentais dessas instâncias de articulação da educação permanente em saúde são: os gestores estaduais e municipais; as universidades e as instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva; as escolas de saúde pública; os centros formadores, os núcleos de saúde coletiva; as escolas técnicas de saúde; os hospitais de ensino; os estudantes da área de saúde; os trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; e os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Também ficou definido que, na reunião seguinte da CIT, a SGTES apresentasse os critérios de alocação de recursos para a implementação da política, o que foi feito na reunião do dia 23/10/2003. Os recursos deviam ser distribuídos até abril de 2004. A primeira distribuição de recursos federais para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde de acordo com os critérios e a tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal foi pactuada na reunião da CIT realizada em 23 de outubro de 2003.

No dia 24 de novembro de 2003, a nonagésima primeira reunião da CIB-SUS/MG aprovou a proposta apresentada pela Assessoria de Gestão Estratégica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais de criar treze Pólos de Formação e Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais - Macroregionais de acordo com a regionalização determinada no Plano Diretor de Regionalização da Saúde do SUS/MG, proposto pela SES/MG e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais - CES/MG.

Definiu-se que os pólos deveriam encaminhar as suas propostas de educação permanente até 10/12/2003; que as instituições formadoras que iriam apresentar as propostas fossem escolhidas pelos municípios, de acordo com sua necessidade, e não de acordo com o interesse das instituições formadoras. A ata da reunião da CIB-SUS-MG registra a expressão *“imposição das instituições formadoras”* (MINAS GERAIS- CIB-SUS, 24/11/2003).

A criação do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG foi efetivada através da Deliberação CIB-SUS-MG nº. 039 de 01 de outubro de 2003. A constituição dos pólos foi realizada no dia 01 de dezembro de 2003, através da Deliberação CIB-SUS-MG nº. 45. As duas deliberações da CIB-SUS/MG foram publicadas antes da

Portaria 198 que instituiu a Política Nacional, que somente foi emitida pelo Gabinete do Ministro da Saúde em fevereiro do ano seguinte, em 2004, incorporando parte do ideário defendido pelo Estado de Minas Gerais, como, por exemplo, a criação de Fóruns de Pólos:

Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. Parágrafo Único - Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos.(BRASIL, MS-GM/Portaria 198, 03/02/2004.Art. 4º.)

Além disso, a portaria vinculou a aprovação dos projetos dos pólos ao parecer da CIB e à deliberação do CES:

A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES de cada estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. BRASIL, MS-GM/Portaria 198, 03/02/2004. Art. 6º p. 2º)

Esses fatos refletiram a determinação do governo do Estado de Minas Gerais de exercer controle sobre uma política do Ministério da Saúde, percebida como centralizadora e concentradora, portanto com um enorme potencial de esvaziamento do poder político do Estado em uma área crítica como a saúde. Por isso, o Estado de Minas Gerais firmou uma posição de resistir à proposta elaborada pelo Ministério da Saúde. De acordo com um dos gestores da SES/MG *“Minas firmou essa posição muito clara[...] a de criar uma instância de coordenação de natureza estadual, e quando falo de estadual, estou falando de governo do Estado”* (ENTREVISTA 02, 2006).

A percepção inicial foi a de que prevalecera a posição dos Estados liderados por Minas Gerais. O Fórum foi incorporado pela Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS; Minas Gerais transformou o Fórum em uma plenária dirigida pelo Secretário de Estado de Saúde e coordenada por um departamento da SES/MG subordinado ao Gabinete do Secretário: o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Os pólos foram configurados de acordo com a proposta aprovada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG e finalmente passaram a ser coordenados pelas Diretorias de Ações Descentralizadas em Saúde/DADS-SES-MG e dirigidos por instâncias que são presididas pela SES: o Fórum, a CIB e a CES.

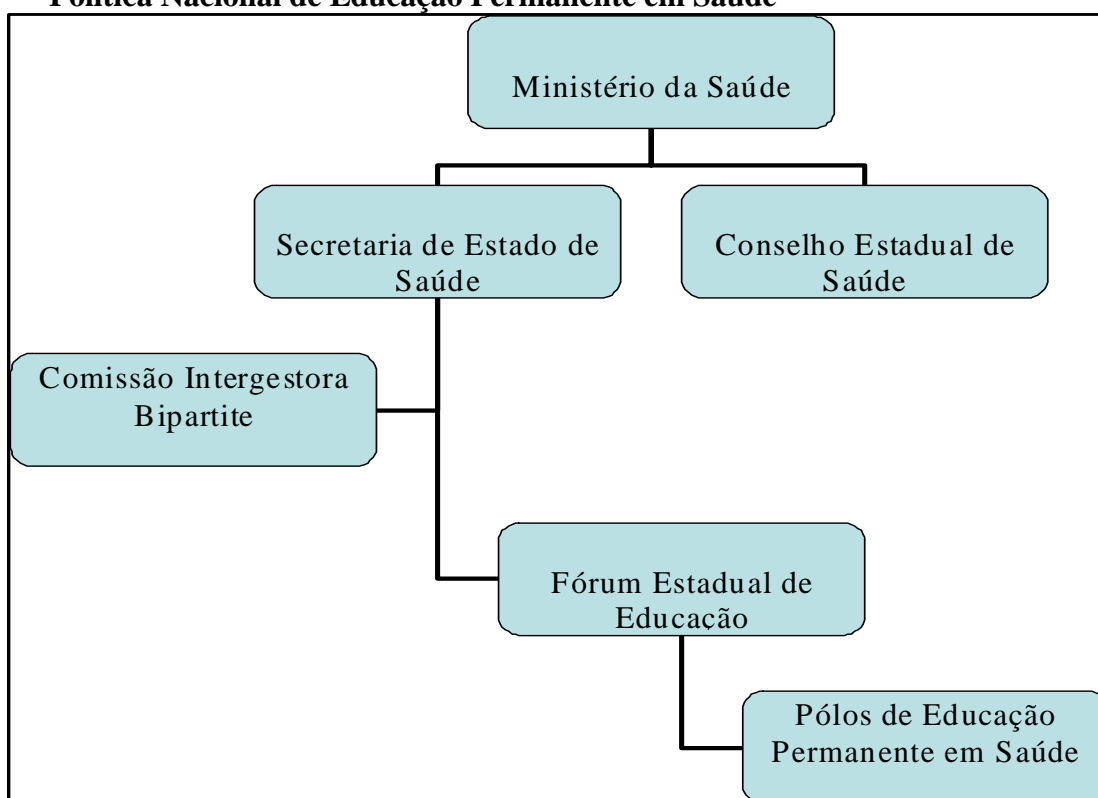
4.3. A implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Imediatamente após a publicação da Portaria 198, na qual o Ministério da Saúde incorporou as demandas do Governo do Estado de Minas Gerais, ficou claro que as questões de centralização e concentração da política não haviam sido resolvidas entre esses dois atores. A tensão ressurgiu sob a forma de disputa pelo controle hierárquico da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Estado. Estava em disputa a forma de organizar e governar cada Pólo de Educação Permanente e a totalidade dos Pólos do Estado. Um aspecto crucial das discussões referia-se à natureza das relações interinstitucionais entre o conjunto dos Pólos do Estado, o Fórum Estadual de Pólos, a CIB, o CES, a SES e o Ministério da Saúde.

Quando a Portaria 198 determinou que os Pólos de Educação Permanente em Saúde fossem organizados como uma “*roda de gestão*”, a metáfora da “*roda de gestão*” foi compreendida

pelo conjunto dos atores como indicativo para a construção de relações interinstitucionais horizontais. Entretanto, a prática da política mostrou aos atores que a organização e o governo da rede eram conduzidos de acordo com outro desenho, caracterizado por relações interinstitucionais verticais. É possível identificar duas formas básicas de percepção de tais relações. A primeira percepção considera a existência de relações hierárquicas entre um conjunto mais amplo de atores localizados no plano do Estado, conforme representado na figura a seguir:

Figura 3
Primeiro Formato Institucional Percebido pelos atores na prática da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde



Essa representação considera a percepção de alguns atores de que os fluxos indicados na Portaria 198 não foram obedecidos, uma vez que esses atores entendiam que o Governo Estadual subordinou os Pólos à autoridade do Fórum Estadual de Pólos, o qual por sua vez, ficou subordinado à CIB e à Secretaria de Estado da Saúde, atuando de forma antagônica

àquilo que fora pactuado na CIT e no CNS, ao longo de 2003 e estabelecido pela Portaria 198. Utilizando a metáfora que possui significado oposto àquela que foi empregada na Portaria 198, a condução da Política de Educação Permanente em Saúde foi percebida como uma “pirâmide” e não como uma “roda de gestão”.

O controle maciço da SES/MG sobre a rede da Política Nacional de Educação Permanente no Estado é demonstrado no quadro de identificação dos gestores das instâncias coletivas da rede, apresentado a seguir.

Tabela 5

Quadro de identificação dos gestores das instâncias coletivas da rede da Política Nacional de Educação Permanente no Estado de Minas Gerais

Instância	Gestor (presidente/coordenador)
Secretaria de Estado de Saúde	Secretário de Estado de Saúde
Conselho Estadual de Saúde	Secretário de Estado de Saúde
Comissão Intergestora Bipartite	Secretário de Estado de Saúde
Plenária do Fórum Estadual de Pólos de Educação Permanente	Secretário de Estado de Saúde
Fórum Estadual de Pólos de Educação Permanente	Gestor de órgão da SES/MG
Conselho Gestor do Pólo de Educação Permanente	Ator eleito entre os pares

A relação de subordinação dos Pólos ao Fórum Estadual foi questionada pelo Ministério da Saúde em vários momentos. Um dos gestores da SES/MG fez o seguinte depoimento a respeito disso: “*Havia até uma discussão que o Ministério provocava muito, isso entrou em vários debates, é: Os pólos estão subordinados ao Fórum ou não estão subordinados ao Fórum?*” (ENTREVISTA 02, 2006) A percepção desse mesmo ator é de que o Pólo e o Fórum se subordinam às instâncias de gestão do SUS que são a CIB e ao CES:

Subordinam-se às instâncias que definem a política de saúde pública para Minas Gerais, que são: CIB e Conselho Estadual de Saúde. Então, essa perspectiva, também foi outra coisa que a gente bateu muito e foi objeto de várias polêmicas e, aí sim, eu acho que pode-se usar a palavra subordinação. (ENTREVISTA 02, 2006)

O modelo de relações interinstitucionais hierárquicas estabelecido pelo Governo do Estado de Minas Gerais no interior da Rede colidiu com as expectativas dos demais atores sobre a natureza dos Pólos/Roda de Gestão constituídos para operar a Política. Essas expectativas estavam amparadas pelo discurso do Ministério da Saúde, amplamente divulgado pela própria SGTES de acordo com o qual as “*Rodas de Gestão*” são arranjos horizontais, sem comando vertical e obrigatório.

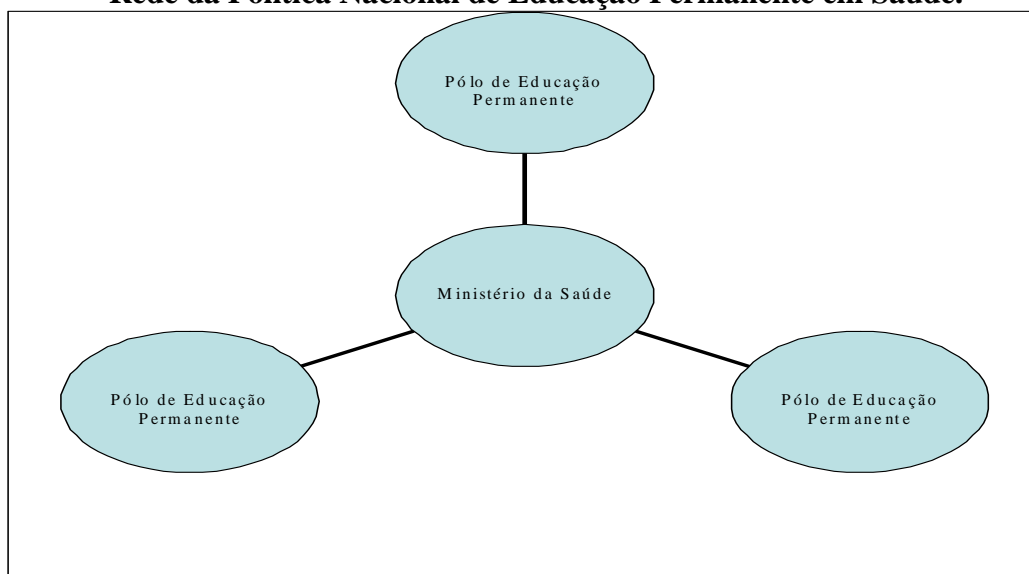
Não haverá um comando vertical e obrigatório, já que na roda todos podem influir e provocar movimento. Nessas rodas, pessoas que realizam as ações e os serviços do SUS e pessoas que pensam a formação em saúde dialogam livremente. Todos juntos, interagindo, identificam as necessidades e constroem as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoar a atenção integral à saúde, popularizar o conceito ampliado de saúde e fortalecer o controle social..(Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2005, p.15/16)

A ampla aceitação do conceito de Pólo como “*roda de gestão*” sustentou a rejeição dos atores locais às pretensões hierárquicas do Governo Estadual de Minas Gerais.

Outra visão considera a existência de apenas dois atores na política: o Ministério da Saúde e os Pólos. De acordo com alguns atores, as instâncias de pactuação e de deliberação já institucionalizadas no SUS estadual foram ignoradas na formulação e na implementação da política. Nesse caso, o Ministério articula-se diretamente com os Pólos, sem a presença de qualquer instância estadual. A SES, o CES, a CIB e o Fórum são alijados do processo, conforme representado a seguir:

Figura 4

Segundo formato institucional percebido pelos atores na prática da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.



Entende-se que o não reconhecimento de pactuações e deliberações realizadas no interior de instancias permanentes, legalmente constituídas e percebidas pelos atores como legítimas foi uma das causas do colapso da Política. Segundo o depoimento de um dos gestores da SES-MG,

a gente bateu muito é de que esta política tinha que vir dentro da institucionalidade do SUS, o que implica que as instâncias de pactuação e deliberação são aquelas constituídas, que é a CIB, que é o Conselho. Que o mecanismo de repasse financeiro é o mecanismo fundo a fundo. Que você tem diretrizes nacionais, pactuadas na tripartite e aprovadas pelo Conselho, mas que você tem uma realização a partir do nível local, com... Seja o município plena, não plena, a partir do que for pactuado na CIB estadual e no Conselho Estadual de Saúde. Este foi o grande debate, que não teve. Não chegou a bom termo. Eu reputo boa parte dos problemas, derivaram, e ai... Da perda da eficácia do efeito transformador da política, derivaram daí. Que se criou um mecanismo burocrático, centralizado (ENTREVISTA 02, 2006).

O não reconhecimento do Governo Estadual foi identificado de duas formas. Na primeira, os processos administrativos da rede seguem hierarquicamente todo o fluxo formal estabelecido na Portaria 198: Pólo, Fórum, CIB, CES e Ministério da Saúde, mas, ao chegar ao Ministério, as etapas intermediárias de apreciação e de deliberação dos projetos são desconsideradas. Dessa forma, os projetos de educação permanente de cada pólo são analisados pontualmente

pelo Ministério da Saúde, obedecendo a critérios próprios. *“O Ministério bancou uma ação centralizada, aonde ele aprovava pontualmente... projeto a projeto. Aliás, não é projeto a projeto, é ação educacional a ação educacional.”* (ENTREVISTA 02, 2006)

A segunda forma envolve a articulação direta do Ministério da Saúde com os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Nesse caso, os projetos não são processados no circuito definido pela Portaria 198. O Pólo negocia diretamente com o Ministério da Saúde.

Os atores também percebem a existência de um terceiro formato institucional caracterizado pela articulação direta do Ministério da Saúde com os municípios. Nessa situação, o Ministério da Saúde ignora sua própria política de Educação Permanente em Saúde, que tem como um de seus eixos a articulação regional dos atores através de Pólos/Rodas de Gestão.

Esta condução foi identificada por um dos entrevistados que relata o seguinte.

Em algumas reuniões de CIB microrregional, onde se discutem projetos de educação permanente através dos Pólos, ocorre de municípios se manifestarem informando que o projeto não é necessário para eles, porque sua demanda já foi atendida diretamente pelo Ministério da Saúde, *levanta o município e fala assim: não! Já teve um consultor do Ministério da Saúde aqui. Nós já estamos realizando nossas capacitações* (ENTREVISTA 08, 2006).

Dessa forma, o Ministério da Saúde manteve várias frentes de articulação direta com os municípios e, em algumas oportunidades, transferiu recursos para financiamento de atividades de educação permanente sem interlocução com qualquer instância estadual, como se pode observar pelo depoimento de um integrante do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais:

De um determinado período, quando o Estado de Minas Gerais, por exemplo, foi o primeiro a se organizar com o Fórum em que tem a presença de todos esses atores, inclusive os da academia né? Para a gente organizar

essa rede né? A gente descobre que é... Começou a ser liberado, fora de uma política estadual, de uma diretriz estadual, recursos para algumas instituições ou várias instituições pudessem tá fazendo educação em saúde, sem que houvesse né? ... Uma respeitabilidade, um minimamente necessário, para que esse recurso não fosse gasto de forma aleatória. (ENTREVISTA 07, 2006)

Figura 5

Os atores compartilham a visão de que o discurso sobre a política era de descentralização e desconcentração, enquanto a prática era de concentração e centralização. Entretanto, as três visões divergem em aspectos fundamentais, sendo que a diversidade de percepções pode ser associada com as posições que cada ator ocupa na rede.

No plano local, é possível identificar que os atores percebem o Governo Estadual como um ator que busca relações de dominância do campo institucional através da exigência de subordinação dos demais atores às instâncias de pactuação e de deliberação do SUS estadual que ele preside. Já o Governo Estadual percebe que o Governo Federal não reconhece as instâncias estaduais e federais de pactuação e deliberação do SUS e que utiliza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como instrumento de concentração de poder e centralização das ações. Entende-se que as escolhas do Governo Federal na condução da política são sustentadas por dois graves erros: o primeiro é um erro de auto-avaliação de capacidade de estimular diretamente os serviços municipais de saúde e, ou as regiões assistenciais em que esses municípios estão organizados dentro de cada estado da federação; o segundo é a confusão conceitual quanto à natureza das competências de cada instância de governo na operação da rede da Política Nacional de educação Permanente. Sobre essa questão, um dos gestores da SES/MG expressa a seguinte opinião:

Ela [a Política Nacional de Educação Permanente] faz um *by-pass* no nível estadual. Então ela estabelece uma relação bidirecional ai, Ministério da Saúde-Pólo. E ai, num papel extremamente danoso, onde nós estamos falando de 5.500 municípios, nós estamos falando de um país de dimensões continentais, aonde as especificidades e regionais são muito grandes, e o Ministério da Saúde, a União querer definir, avaliar e estimular diretamente as regiões assistenciais, os municípios. Isso é um equívoco operacional. Primeiro: do ponto de vista da Federação. Do ponto de vista operacional, do ponto de vista da capacidade, é um equívoco que eu reputo basal. O Ministério da saúde e a União não foram feitos para governar município. (ENTREVISTA 02, 2006)

No plano Federal é possível identificar a percepção que o Governo Estadual não reconhece a possibilidade do Ministério se articular diretamente com os Municípios e que busca obstruir

essas relações.

Como resultado das percepções incongruentes que cada ator construiu sobre os valores e as preferências dos demais, foram restabelecidas as disputas políticas que caracterizaram o ano de 2003. O fato de os atores manifestarem percepções tão distintas da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sua dificuldade em chegar a um acordo e as limitações do SUS para garantir o cumprimento das pactuações e deliberações indicam a inconsistência política e a fragilidade institucional dessa rede de política pública.

Na dimensão institucional, a fragilidade se manifesta tanto na incongruência entre o conceito e prática da rede, quanto na incapacidade das instituições garantirem a implementação de uma política pública. A literatura indica que redes são caracterizadas pela presença de relações interinstitucionais relativamente estáveis entre diferentes atores governamentais e organizações privadas, interdependentes entre si, que participam da formulação e implementação de uma política pública. O conceito conecta as organizações que operam uma rede de política com suas estratégias e com seu contexto institucional (KICKERT *et al.*, 1999, p. 01). Nesse caso, foi possível identificar que os atores atuaram de forma isolada e que os pactos e deliberações realizadas em instâncias coletivas, legais, permanentes e pretensamente legítimas não foram cumpridos. A incapacidade política dos atores resolverem os seus conflitos impediu o fluxo de recursos necessários para alcançar seus objetivos e maximizar sua influência sobre os resultados. Além disso, os atores percebem que as formas de organização e de governo da rede foram impostas (RHODES, 1999, p. XII).

4.4. As universidades como instituições formadoras para o serviço: a desconstrução da legitimidade

Ao longo do processo de constituição da rede da Política Nacional de Educação Permanente, todos os atores foram fortemente questionados pelos demais quanto aos papéis que buscavam desempenhar na rede. No primeiro momento, o Ministério da Saúde foi questionado pela insistência em manter um modelo institucional centralizador e concentrador que ignora os Governos Estaduais e as instâncias estaduais de pactuação e deliberação do SUS. No segundo momento, o Ministério passa a ser questionado por descontinuar a política e a rede responsável pela sua implementação.

O Estado de Minas Gerais foi questionado por aplicar o mesmo modelo institucional baseado em centralização e concentração que tanto criticou, quando quem o utilizava era o Ministério da Saúde. Ao trazer para si a coordenação da política, o governo estadual mostrou-se igualmente concentrador e centralizador na sua relação com os pólos. E, da mesma forma que o Ministério, fez um discurso de democratização e horizontalização das relações entre os atores do setor da saúde, bem como a valorização dos fluxos e instâncias institucionalizados no SUS.

Já as instituições formadoras foram questionadas em vários momentos, por diferentes motivos. Um desses questionamentos refere-se à percepção de atores vinculados à SES-MG e ao CES-MG de que as universidades não aderiram à Política de Educação Permanente em Saúde e que, quando isso ocorreu, a adesão foi identificada como ação de grupos específicos dentro das instituições formadoras. De acordo com um gestor da SES/MG, *“não é possível dizer que a universidade aderiu, que a escola aderiu. Na realidade, os grupos organizados*

dentro das escolas tiveram posições diferentes, níveis de adesão diferenciada (ENTREVISTA, 02, 2006).

Percebia-se que as instituições formadoras, no seu relacionamento com o Estado estavam orientadas para a captação de recursos públicos, dentro da lógica bilateral de convênios com base na sua capacidade de oferta. Na percepção de alguns atores, as instituições formadoras oferecem para o serviço aquilo que querem, podem ou sabem fazer, e não o que o serviço necessita. Por exemplo, vejamos o seguinte depoimento:

A partir da lógica que o professor ou a instituição “A” se capacitou nisso ou naquilo e ele está ofertando aquele produto. Eventualmente pode ter uma feliz coincidência aí, mas o que a gente vê é exatamente a necessidade, inclusive agora de rever currículos de formação profissional. (ENTREVISTA 02, 2006)

Esta percepção está no centro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e é uma das poucas concordâncias incondicionais entre o Ministério da Saúde e a SES-MG em todo este processo. E é a partir dela que o conjunto dos atores públicos ligados ao serviço propõe que as universidades percam a centralidade nos processos de educação permanente para o SUS. Isso foi dito claramente para as universidades, ao longo de 2003, por representantes do Ministério da Saúde.

Esse pólo [Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF] não deu certo. Nada funcionou. Isso tá errado. Tá muito centrado na universidade. O serviço não precisa... Pode fazer isso de outra forma. Não é desse jeito que tem que ser feito. Isso não é mais projeto. Então assim! Foi muito claro! Foi marcante quando outro grupo assume em 2003, que não ia ser daquele jeito e que as universidades não seriam parceiras privilegiadas no processo. Deveriam estar, poderiam estar, mas é o serviço que ia dar o tom, usar a sua prerrogativa constitucional do artigo duzentos, que é ele que ordena a formação de recursos humanos. Esse discurso foi forte, muito forte, claro, público. (ENTREVISTA 10, 2006)

Entendia-se, naquele momento, que as universidades não precisam e não devem estar no centro do processo de formação para o trabalho em saúde; que o serviço não precisa que elas

estejam no centro porque existem outras formas de educar para o trabalho que não as tradicionais; e que ordenar a formação é prerrogativa constitucional do serviço. De acordo com o depoimento de um gestor da SES-MG, os pólos introduzem o conceito de que “*a dinâmica dos Pólos, Pólos-Fórum leva a um processo onde a governabilidade dos processos educacionais não está dentro da instituição de ensino, está fora*” (ENTREVISTA 02, 2006). Isso acarreta a centralidade do serviço no processo de formação dos trabalhadores do SUS, de forma que esse determina as prioridades, os conteúdos e a própria estratégia do processo de ensino e de aprendizagem. De acordo com um dos membros da equipe da SGTES que foi responsável pela implantação da Política,

a definição de educação permanente em saúde da Política proposta foi carregada pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação - em saúde - como central aos processos educativos ao mesmo tempo que o colocava sob problematização, isto é, em auto-análise e autogestão (CECCIM, 2005, p. 982).

O Ministério da Saúde aponta a distância que as instituições formadoras têm em relação ao serviço e a sua incapacidade de formar os profissionais dentro das necessidades da saúde pública brasileira. “*No campo da Educação na Saúde, a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema*” (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2005, p.9).

Outra visão do serviço é de que o comportamento das universidades públicas e privadas foi motivado pelo interesse econômico. De acordo com um membro do CES/MG,

Houve disputa em termos financeiros. Parecia que nós estávamos chegando numa discussão de mercado. De quem seria o maior volume de recursos? Não com a característica da necessidade de formação do SUS, mas [de] quanto poderia estar abocanhando em termos de recursos. (ENTREVISTA 04, 2006)

A busca por recursos foi percebida como comportamento característico do mercado, de balcão de cursos. De acordo com um gestor da SES-MG: *“E que agora mesmo, quando aconteceram os editais para os pólos de educação permanente, que houve uma disputa por recursos, quase que numa lógica de balcão, de mercado”*. (ENTREVISTA 06, 2006)

Alguns atores entendem que a orientação para o mercado foi um estímulo importante para a participação das universidades, particularmente das universidades privadas nos Pólos de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS. Mas é importante considerar que alguns atores não percebem diferenças significativas no comportamento das universidades privadas e públicas nesse aspecto (ENTREVISTAS 02; 04; 07; 08). É possível afirmar que parte significativa dos atores vinculados ao Governo Federal, ao Governo Estadual de Minas Gerais e às instâncias de controle social do SUS-MG compartilham a percepção de que o comportamento das universidades foi pautado pela lógica de mercado e que a oferta de serviços educacionais que elas fizeram aos Pólos não considerou as necessidades de formação e de capacitação do SUS.

O SUS também percebe que a universidade não conhece o SUS. De acordo com um gestor do SUS-MG:

Tem reuniões que a gente vê que tem representante de universidade, quando você fala em CIB ou fala em outra coisa. Mas, CIB? O que é isso?

..... Então o cara está ali querendo participar, querendo atuar, mas tem desconhecimento do que é o SUS. Não tem vivência de SUS. Não sabe nem qual é a legislação do SUS e como funciona o SUS. (ENTREVISTA 12, 2006)

Mesmo desconhecendo o serviço, essas instituições formadoras propõem-se a formar pessoal para o SUS. Em casos extremos, esse comportamento é percebido como moralmente questionável. Um membro do Conselho Estadual de Saúde relata o caso de uma instituição privada de ensino que tentava obter documentos e projetos do CES-MG, portanto públicos,

para vender para os serviços municipais de saúde como conteúdos de programas de capacitação. Segundo um dos conselheiros:

Uma instituição [que veio] aqui, pedindo para que a gente passasse uma determinada deliberação que contém um plano de ação sobre dengue. Que passasse por e-mail. Por quê? Porque fica difícil para eles digitarem esse plano. Se eu passar por e-mail, vão copiar esse plano e vender para os municípios...

...Um plano de ação para a dengue. É assim que o SUS funciona! Você entendeu? As pessoas montam instituições de prestação de serviço e as apresentam. É por aí que o dinheiro público vai para o ralo...

...Sim! Ainda documentam isso e tal. E aí a gente não se presta a passar documentação para instituições privadas. Ela que construa o plano dela, lá... A empresa não queria nem ter esse trabalho. (ENTREVISTA 07, 2006)

Dessa forma, o CES-MG identifica a existência de instituições formadoras privadas que atuam como atravessadoras no “mercado de capacitação de recursos humanos”, captando informação pública em uma instância de governo e vendendo-a para outra instância de governo. Experiências dessa natureza fizeram com que o Conselho evite passar documentos para instituições privadas.

Ao analisar o fenômeno do descentramento das universidades no interior da rede política pública destinada a operar a Política, foi possível constatar que os mecanismos impessoais de comunicação, as rotinas e o preço, que prevalecem na hierarquia e no mercado, não foram substituídos pela interação direta entre os atores no caso da Rede da Política Nacional de Educação Permanente, a não ser em casos isolados. A percepção de que o comportamento das universidades públicas e privadas foi orientado pelos sinais do mercado é uma presença relevante no discurso de parte significativa dos atores e que se comprova pelo afastamento das universidades, particularmente das privadas, a partir do momento em que os recursos financeiros têm seu fluxo restringido ou interrompido. Existem poucos relatos, pontuais, de desenvolvimento de projetos a partir do compartilhamento de recursos pré-existentes.

Embora as vias da reputação e das relações de reciprocidade tenham sido importantes no plano local, nos momentos iniciais de implementação dos pólos, posteriormente esses mecanismos foram pouco relevantes. Como o nível de compromisso dos atores com os objetivos comuns e com os procedimentos pactuados foi baixo, o resultado foi a desarticulação dos atores. Não houve compartilhamento de expectativas de benefício mútuo em longo prazo. Ao contrário, as relações construídas a partir dos sinais do mercado foram marcadas pela busca de vantagens individuais, pela precisão e pela suspeita. Além disto, é possível afirmar que a celebração dos contratos ocorreu em um ambiente institucional caracterizado pela formalidade e burocracia.

As percepções de que os diversos atores nutrem a respeito das universidades articulam questões de fragilidade moral, comportamento econômico auto-interessado, desconhecimento da realidade social, concepções pedagógicas equivocadas, ineficiência e incapacidade de atender as necessidades de formação do próprio estado. Tais questionamentos indicam a incongruência da teoria com a prática da política e a incompatibilidade entre os fins da política, seus conteúdos e processos. Devem ser compreendidos como originários da esfera constitucional dos processos de implementação de redes de políticas públicas.

Como resultado, é possível identificar o questionamento da capacidade das instituições formadoras atuarem enquanto tal, de acordo com os interesses coletivos estabelecidos constitucionalmente. Em função desse questionamento, assiste-se a uma reorientação das ações típicas do Ministério da Saúde, que leva à transformação das atividades de educação permanente de atividade meio para atividade fim, como se percebe no trecho:

Optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Este é o aspecto original, o diferencial de novidade

configurado sob o conceito político-pedagógico da Educação Permanente em Saúde, conceito que resume a política proposta e lhe dá a tradução concreta junto aos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, associações docentes, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores (CECCIM, 2005, p. 976).

É possível que, nesse caso, esteja se desenhando um processo de exclusão produzida por perda de legitimidade das universidades, cujas conseqüências são imprevisíveis.

4.5. Os resultados da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: a percepção dos atores

De 2004 até a presente data, a Política Nacional de Educação Permanente tem sido continuamente avaliada. Uma primeira avaliação nacional realizada dezesseis meses após a sua implementação dava conta de números que indicavam uma forte mobilização em torno dos Pólos. De acordo com um dos membros da equipe responsável pela formulação e pela implementação da proposta original da Política: *“a política de educação permanente congrega, articula e coloca em roda /em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”* (CECCIM,2005, p, 977). Como foi possível verificar ao longo dessa investigação, tal avaliação é questionável.

Essa investigação permitiu constatar que a implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde sofreu restrições que podem ser agrupadas em pelos menos quatro dimensões, conforme indicado por Nogueira (1998): política, institucional e organizacional, social e técnica. É importante ressaltar que nem sempre os limites entre estas quatro dimensões são facilmente discerníveis e que alguns elementos possuem origem nas quadro dimensões.

Um fator restritivo que se manifesta na dimensão organizacional dessa rede, mas que se origina na dimensão ambiental ou política da política é a não alocação da maior parte dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política, conforme foi determinada pela Portaria 198. Embora o ato em si de alocar recursos e ordenar despesas seja um evento organizacional/administrativo, as decisões de alocar recursos e ordenar despesas possuem motivações e conseqüências eminentemente políticas e é nessa dimensão que devem ser localizadas as decisões de não alocar recursos significativos para a os Pólos e de manter os projetos estratégicos fora dos Pólos, indo na direção oposta ao que a Portaria 198 determinou.

De acordo com um gestor da SGTES, o Ministério da Saúde manteve suas principais políticas e programas de formação e capacitação fora da Política. Estas ações eram denominadas extrateto e tinham primazia sobre os projetos dos pólos.

O chamado extrateto do pólo era muito maior que o teto. Por quê? As ações grandes de residência não podiam ser contempladas dentro do teto. Tá? Por quê? Uma residência é muito cara. Uma residência custa dois milhões de reais. E muitas vezes, aquele pólo não tinha isso. Então, todas as ações grandes, como as próprias ações da residência passavam por fora. Já há muito tempo! Não é uma coisa de agora, não! Ficou no pólo de fato, foram as capacitações menores (ENTREVISTA 17, 2007).

Ou seja, na perspectiva do Ministério da Saúde, os pólos não se constituíram como mecanismos de gestão da educação permanente, mas de gestão de parte dos projetos “menores” de capacitação.

A visão de que os pólos eram instâncias de discussão de projetos menores conduziu o Ministério da Saúde a realizar os seus projetos estratégicos fora da estrutura da Rede da Política Nacional de Educação Permanente e a priorizá-los em relação aos projetos dos pólos. Existem relatos de que, em várias ocasiões o Ministério da Saúde cancelou projetos de ações dos pólos por que esses se chocariam ou se sobreporiam às ações e programas planejados pelo

Ministério. Segundo um dos gestores da SES-MG,

Exemplo disso foi a formação do agente comunitário de saúde, que foi proposto em maio de 2004, já com a portaria publicada, com os valores definidos para cada pólo. Este projeto, apresentado em 2004, financiaria a capacitação dos agentes comunitários nos estados e municípios. Se o ministério estava abrindo uma linha de financiamento e uma proposta de financiamento para o agente comunitário, todos os pólos que tivessem apresentado propostas de capacitação para agente comunitário tiveram suas propostas canceladas. (ENTREVISTA 13, 2006)

É importante chamar a atenção para o fato de que os dois últimos depoimentos, um deles feito por um gestor de segundo escalão do Ministério da Saúde e outro por um gestor de segundo escalão da SES-MG, refletem uma verdade diferente daquela pretendida no texto da Portaria 198, no qual o Governo Federal se comprometeu a implantar os Pólos. Os dois depoimentos permitem afirmar que as diretrizes determinadas pela Portaria 198 não foram seguidas, entre elas a que determinava que a principal alocação de recursos financeiros do Ministério da Saúde para ações de educação permanente seria feita através dos Pólos.

Da mesma forma que o Ministério da Saúde, a SES-MG também realizou um grande investimento em Educação Permanente sem passar pelos Pólos e, nesse sentido, também contrariou a Portaria 198. De acordo com um dos gestores da SES/MG: *“é bom medir que em Minas Gerais, os pólos foram financiados com recursos exclusivamente do Ministério da Saúde”* (ENTREVISTA 13).

Os investimentos da SES-MG foram coordenados pela Escola de Saúde Pública - ESP/MG, pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG e pela Gerência de Educação Permanente da SES-MG. (ENTREVISTAS 02; 12; 18). O Estado de Minas Gerais afirma que esse investimento passou a ser feito em grandes volumes exatamente porque os Pólos de Educação Permanente não funcionaram. Um gestor da SES-MG avaliou a situação da

seguinte forma:

Nós nos movimentamos em 2003 e 2004 para que os pólos fossem “o canal” para a realização das ações de educação permanente. Na hora em que, operacionalmente, a estratégia se esgarçou, eu acho que o termo é esse, se esgarçou o Estado não poderia deixar de fazer as ações de educação permanente (entrevista 02, 2006).

A não alocação de recursos financeiros para os pólos sinaliza o afastamento dos dois principais atores da rede. Este afastamento da União e do Estado foi um reflexo da intensa disputa entre esses dois gestores em torno da definição de quem controla a rede. Na percepção de um dos gestores da SES/MG, este embate influenciou fortemente para que o conteúdo da política fosse minimizado.

A minimização do conteúdo da rede permitiu a magnificação dos conflitos, sem oferecer alternativas para sua resolução ou acomodação. A Política não permitiu a construção de mecanismos de institucionalização do conflito político entre os atores. Segundo um gestor da SES/MG:

A política falhou. O desenho dela falhou nesse aspecto, e aí é institucional e é ambiental. Na hora em que você não conseguiu institucionalizar o conflito naqueles canais que o SUS já desenvolveu, você amplificou a dificuldade política, acirrou a disputa política nos pólos, nos fóruns, entre municípios e estado, estados e união e criou. Volto a dizer. Amplificou o conflito ao invés de institucionalizá-lo e ainda que com conflito viabilizar a realização da política pública (ENTREVISTA 02, 2006).

A amplificação dos conflitos políticos e o acirramento das disputas conduziram ao colapso da Política. No caso do Ministério da Saúde, o colapso da proposta original foi sinalizado por uma primeira troca de toda a equipe da SGTES, ainda em 2005. A nova equipe da SGTES deu continuidade aos processos que tinham seus recursos garantidos pela pactuação feita na CIT em 2003. Alguns desses processos continuam em execução. Foi determinado

aos Pólos que aguardassem até que o Ministério pudesse fazer uma avaliação da estratégia, o que foi feito ao longo de todo o ano de 2006. O relatório final foi entregue ao Ministério da Saúde, em meados de novembro de 2006.

Além da disputa política entre o Governo Federal e o Governo Estadual, a pesquisa permitiu constatar a existência de mais duas: uma disputa entre a SES-MG e o CES-MG e outra entre o Pólo Macrorregional Centro e a SES-MG. A disputa entre a SES-MG e CES-MG pode ser identificada na visão de que as estruturas criadas pelo Estado de Minas, a fim de lidar com a questão da Educação Permanente, são empregadas para a realização dos projetos de curto prazo do grupo que está no governo e não para a realização de um projeto de longo prazo para o Estado. Avalia-se que o desenho organizacional da SES/MG exibe baixa sintonia com o SUS enquanto uma Política de Estado. *“E aí, não existe uma sintonia... Sintonia entre a estrutura criada pela Secretaria Estadual de Saúde com as necessidades de formação e com o desenvolvimento de todo os atores sociais que tem um papel de formação dentro do SUS”* (ENTREVISTA 04, 2006).

A disputa entre Pólo e SES-MG pode ser identificada na seguinte manifestação de um técnico da SES-MG, integrante do pólo: *“o Pólo não entende, não reconhece a Gerência de Educação Permanente e a Gerência de Educação Permanente não quer saber do Pólo”* (ENTREVISTA 14). Nos casos citados é possível identificar o imbricamento da dimensão política com a organizacional, de forma que o conflito político manifesta-se na fragmentação organizacional e na paralisia das ações.

É importante constatar que a fragmentação organizacional, ao mesmo tempo em que reflete o conflito político, o intensifica, já que a paralisia de qualquer parte da estrutura organizacional

tende a ser percebida como manifestação do antagonismo do grupo que controla aquela parcela do sistema. Isso acarreta que o funcionamento ou a paralisação de qualquer ação que possa ser direta ou indiretamente relacionada com a questão que gera o conflito político deixe de ser avaliado apenas de acordo com critérios técnicos e passe a ser percebido principalmente em função das suas implicações políticas. É neste sentido que em muitos momentos, afirma-se a impossibilidade de separação entre o político, o institucional e o organizacional.

Um dos indicadores da incapacidade política dos atores de negociar valores e preferências comuns, bem como de compartilhar recursos, pode ser identificado na cisão entre o discurso e a prática da Política. Ao mesmo tempo em que conduziam o processo de formulação e implementação da Política, o Governo Federal e o Governo Estadual emitiram sinais de que o caminho para a educação permanente não passava pelos Pólos.

Após o afastamento do Governo Federal e do Governo Estadual, a maior parte dos atores que integravam os pólos se retirou da cena. Poucos ainda aguardam uma retomada dos Pólos de Educação Permanente. Um dos entrevistados avalia que o comportamento dos poucos atores que ainda se mantêm vinculados à rede reflete um elevado grau de persistência e de recusa em compreender e aceitar a descontinuação da Política. No que se refere à dificuldade de aceitação, faz o seguinte depoimento:

Acho que é um pouco o que a universidade fez na transição do Pólo PSF para a nova política foi: vão ficar aqui. Estamos de prontidão. Queremos contribuir. Nós vamos aguardar. Qual é a cara da nova política? Eu acho que o pólo também está nessa linha. Assim: Nós não vamos morrer! Nós vamos ficar aqui até que a gente saiba ou... Vocês vão ter que falar: morre! Olhe! Nós não vamos morrer. Acho que está um pouco assim, sabe? (ENTREVISTA 11, 2006)

A dificuldade em compreender o que está acontecendo está presente nos discursos dos atores. Técnicos da SES/MG que têm assento no Conselho Deliberativo do Pólo

Macrorregional Centro afirmam: *“Ele [o conselho gestor do pólo] delibera sobre as sessões de formação de profissionais na área de saúde e foi dessa maneira que nós, é... Pactuamos”* (ENTREVISTA 14, 2006).

Esses mesmos atores, além de acreditarem que o Pólo delibera, manifestam incompreensão sobre o papel que o Fórum tem na política e vão mais além, acreditam que Fórum não existe na Política Nacional de Educação Permanente:

E ainda tem aquela instância do Fórum, que a gente não compreende muito bem! Mas que o Fórum também faz uma avaliação do que já foi votado por nós, no Conselho. A gente até acha que isso é uma ingerência, mais, né? Que esse pessoal faz. A gente acha que é até uma ingerência, por que não existe essa instância Fórum, para que isso chegue ao Ministério (ENTREVISTA 14 , 2006).

Esses atores acreditam que o pólo ainda existe e que a política ainda está sendo operada. Continuam se reunindo e tentando falar com um governo que não os escuta mais. Vejamos:

Então assim, a gente se constituiu e a gente continua se reunindo, apesar de muitas vezes a gente ter problema, até discussão das coisas, por que não há um, não há quem se reportar na verdade, para ter uma resposta mais consistente. A gente tem feito, tem argüido o Ministério, com o que se usa agora mesmo a gente fez uma argüição ao Ministério o quê que a gente vai fazer com as contas que a gente não conseguiu realizar. (ENTREVISTA 14, 2006)

A avaliação que esse membro faz hoje da política, considerando que sua estratégia de base era o Pólo/Roda de Gestão, é que a política não atingiu suas metas. O Ministério da Saúde compreende que a política não atingiu seus objetivos. *“Mas os cem pólos, que se criaram. Eu posso dizer assim. Atingir completamente esses objetivos de fazer uma educação permanente nos termos colocados da Portaria 198. Eu acho que não atingiu”* (ENTREVISTA 17, 2007).

O Ministério avalia que isso ocorreu, principalmente, devido ao desenho institucional e organizacional equivocado. Entende-se que a política criou uma instância específica para a questão da educação permanente dentro do SUS e *“que ele [o pólo] começa a conflitar com as outras instâncias de gestão do SUS. Porque você já tem uma Bipartite. Você já tem uma tripartite. E de repente você faz um pólo”* (ENTREVISTA 17)

Avalia-se que a a estrutura de Pólo, entendido como o foi por muitos atores como uma instância de discussão, pactuação e deliberação, concorreu com as demais estruturas de pactuação e deliberação já institucionalizadas no SUS. E, ao concorrer com essas estruturas, despertou resistências que levaram ao seu fracasso. Nesse ponto, é importante registrar que as estruturas com as quais os Pólos concorreram são instâncias constituídas por gestores e que o Pólo era um espaço mais democrático, onde tinham assento os trabalhadores, os estudantes e as instituições formadoras. Se aceitarmos a avaliação do Ministério de que os Pólos de Formação e Educação Permanente em Saúde concorreram principalmente com a Comissão Intergestora Bipartite - CIB é forçoso admitir que as instâncias mais democráticas que a Rede da Política buscou criar foram preteridas em favor de instâncias menos democráticas, já institucionalizadas pelo SUS.

Outra questão associada à fragilidade institucional foi a falta avaliação da política. Entende-se que faltou avaliação de processo e de impacto, que os relatórios disponíveis não traziam mais do que o rol das atividades desenvolvidas e valores gastos, o que não pode ser confundido com uma avaliação da política.

O que se observa hoje, depois de três anos dessa política, é o abandono do Ministério da Saúde, em relação aos Pólos. Há uma apropriação pelos gestores estaduais, pelo menos é o que a gente observa no caso de Minas Gerais, dessas informações. Não há uma divulgação, ou não estão acessíveis os resultados. Não há medida de resultado dos projetos que foram desenvolvidos pelo pólo. Ninguém sabe

muito para além do que foi gasto, ou das ações realizadas. Que impacto isso teve na rede? Você não vê essa discussão. (ENTREVISTA 03, 2006)

Esta situação mostra que a Política Nacional de Educação Permanente estava sustentada por mecanismos institucionais frágeis, que foram incapazes de garantir negociação de valores e preferências entre os atores. E, finalmente, a dimensão institucional foi incapaz de proporcionar elementos que garantissem a implementação do pouco que foi pactuado e a continuidade das negociações.

A terceira fonte de restrições impostas à implementação da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pode ser identificada na sua dimensão organizacional. Os processos administrativos de encaminhamento dos projetos de educação permanente demoravam meses até sair de cada Pólo e, finalmente, chegar à sede do poder em Brasília. Chegando ao Ministério, os projetos dos cem pólos que foram criados em todo o Brasil entravam em filas para análise pelos técnicos da SGTES. De acordo com um gestor do Ministério:

o Ministério da Saúde, em alguns momentos, centralizou muito fortemente esses processos. Então, o que aconteceu lá, foi que, de fato você tinha assim. Você imagina que cada um desses cem pólos, passam por ele. Eu não sei exatamente, nesse momento... mas passam uns cinquenta, sessenta projetos. Esses projetos, todos iam a Brasília. Aí, ficam, alguns milhares de processos parados. Para o qual o técnico lá, eventualmente não tem muita informação para dar, parecer sobre isso. Provavelmente, isso teria sido melhor resolvido a nível local (ENTREVISTA 17, 2007).

Depois de aguardar longamente pela análise, parte dos projetos retornou ao Estado por diversos motivos. Na percepção de atores em Minas Gerais, isso ocorreu porque os fluxos administrativos não haviam sido claramente definidos pelo Ministério da Saúde ou porque o Ministério mudava as regras continuamente (ENTREVISTA 08 e 13, 2006).

A gestão da rede foi penalizada pela falta de clareza na definição dos fluxos administrativos e dos instrumentos gerenciais:

Na implantação não havia claro: documentação, custo, planilha. Então, por várias vezes os projetos, depois de aprovados aqui e levados até o Ministério da Saúde, voltavam para incluir documentação. Para acrescentar item, para tirar item. A gente não tinha claro. Por exemplo: solicitamos ao Ministério o financiamento de uma estrutura mínima que pudesse ter no Fórum para secretariar e acompanhar. Isso não foi aprovado no nível do Ministério. Então: essas idas e vindas, esse aprendizado, que foi feito durante, já, a execução do projeto, dificultou de maneira muito grande. Nós aqui em Minas Gerais. É. A gente pelo menos, nesse ponto, eu vejo claramente que foi uma condução não muito acertada, a gente tinha a idéia que teríamos que levar os treze projetos dos pólos aprovados simultaneamente, o que foi um erro. Isso atrasou alguns projetos e isso durou pelo menos três, quatro meses. Na primeira, na primeira apresentação do projeto, achávamos que para ter uma conformação estadual, que para ter uma unicidade de condução deveríamos apresentar os treze projetos (ENTREVISTA 13, 2006).

Disso decorreram sucessivas idas e vindas de documentação, sem que os projetos fossem aprovados. Além disso, no meio do processo, as questões de financiamento foram redefinidas de forma que as fontes, originalmente seriam do Tesouro Nacional, foram deslocadas para a Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS e para a UNESCO. Com isso, na etapa final do processo, os projetos tiveram que ser enviados para Washington ou Bruxelas, o que ocasionou mais atrasos.

Idas e vindas para solicitação de documentação. O recurso! Primeiro ia ficar no Ministério, depois o recurso foi para o órgão internacional, por quê? Por vários outros motivos que não me cabem aqui colocar. Cada projeto, de cada pólo, não é o projeto do pólo como um todo, mas os seus subprojetos tiveram que fazer um plano especial com uma documentação, encaminhar ou para Bruxelas, ou para Washington. Então a liberação de recurso foi demorada (ENTREVISTA 13, 2006).

As sucessivas idas e vindas, os atrasos, os cancelamentos de ações propostas pelos pólos em favor dos Programas e ações do Ministério geraram um clima de crescente desânimo dos atores em relação aos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, o descrédito em relação aos pólos não foi alimentado apenas por falhas e desencontros dos processos administrativos. Uma das fontes de descrédito era o próprio Ministério que emitia sinais da

existência de outros caminhos, para viabilizar as ações de capacitação e educação permanente dos municípios.

Os processos gerenciais que os pólos construíram foram percebidos como marcados pelo retrocesso burocrático.

É a tendência, né, das instituições públicas a burocratizarem o serviço, a tentarem controlar o processo. A meu ver, em relação aos pólos, especificamente em relação ao Pólo Macro-Centro, da região metropolitana, que eu acompanhei, mais de perto, ela está muito forte. Um exemplo disso, é que o cronograma proposto pelo conselho diretor, para que o município, o Conselho Municipal, e uma escola e o serviço, sentem e façam o planejamento para um projeto de educação permanente... Entre a elaboração do projeto e a aprovação.... Prevista.... O período previsto é de um ano. Que dizer, é um retrocesso, contrária totalmente à portaria que cria.... A idéia do pólo. Então são criadas instâncias de segurar processo. E isso me preocupa muito! (ENTREVISTA 03, 2006)

Entendeu-se que o retrocesso burocrático está associado à vigência do modelo institucional centralizador e concentrador. Isso significa que não há expectativa de mudança significativa enquanto não houver descentralização e desconcentração.

Então, enquanto o financiamento não descentralizar, enquanto não for cumprido o princípio da descentralização e as pessoas tiveram real responsabilidade sanitária onde... Com a comunidade que ela atende, ali da área de abrangência, as coisas tendem a continuar desse jeito. (ENTREVISTA 03, 2006)

Esses fatos permitem identificar que a fragilidade organizacional da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde conviveu e está relacionada com a sua fragilidade institucional e política. A fragilidade organizacional está associada com a falta de clareza na definição dos processos e dos instrumentos gerenciais; com os fluxos administrativos lentos; com o retrabalho; com os cancelamentos de ações; com o cancelamento de propostas de trabalho. Todas estas variáveis juntas contribuem para a percepção de inoperância da rede e para o surgimento de um sentimento de descrédito em relação à política. Entretanto, o descrédito não deve ser imputado unicamente à fragilidade do

ambiente organizacional. É possível afirmar que não houve acordo político entre os atores; que a dimensão institucional é frágil e que a dimensão organizacional desta Rede de Política Pública foi disfuncional.

4.6. O futuro da política: a percepção dos atores

Um dos poucos consensos identificados ao longo desta investigação é o de que o SUS necessita de uma Política Nacional de Educação Permanente. Na percepção de um gestor do Ministério da Saúde “*Tem que de alguma forma se garantir mecanismos de educação permanente*” (ENTREVISTA 17, 2007)

Especificamente em relação à política proposta através da Portaria 198, vários atores acreditam que ela deva ser retomada. A convicção de alguns atores deriva de concepções sobre a necessidade da adoção de modelos institucionais caracterizados pela descentralização e desconcentração. Na entrevista 03, tem-se que:

eu acho que ela tem que ser retomada. Retomada, mas com descentralização do

tem como questionar (ENTREVISTA 13, 2006).

A discordância surge quando se coloca o formato institucional que deve ser assumido por uma Política Nacional de Educação Permanente, embora se perceba uma forte inclinação para a adoção de modelos institucionais/organizacionais que possuam como características fundamentais a descentralização e desconcentração. De acordo com um dos gestores da SES-MG

o SUS demanda uma ferramenta, demanda uma estratégia, demanda uma política para resolver essas questões. Portanto, a estratégia dos pólos e do fórum tem... Do pólo de educação permanente, tem possibilidade de vingar? Depende do formato institucional que ele vai assumir, depende da capacidade de institucionalizar os conflitos através das instâncias de pactuação, depende de definir uma agenda, um *modus operandi*, uma agenda operacional que permita gerar acúmulo, com práticas novas, inovadoras para ter efeito demonstração. A troca de experiência, então assim. Eu acho que tem futuro. Depende de como que você vai, com que você, como que os atores. E no caso, a bola agora tá muito na mão do Ministério. Como que ele vai se posicionar nesse processo (ENTREVISTA 02, 2006).

A descentralização é associada à implantação de estratégias que permitam a alocação dos recursos para a educação permanente através de transferências fundo a fundo entre o Fundo Nacional de Saúde, os Fundos Estaduais e os Fundos Municipais. Este mecanismo de transferência de recursos para financiamento das ações de Saúde permitiria que a operação da política fosse transformada em uma questão local gerida pelos gestores locais.

as coisas tendem a mudar. Eu acho que é possível essa relação, e elas só vão mudar, não tenho dúvida, em nível local...

...À medida que acabem os caixotinhos de financiamento, à medida que o Secretário Municipal de Saúde não tenha que correr atrás de prestar contar de convênio da dengue, de convênio da leishmaniose, de convênio da tuberculose, de convênio da tuberculose, de convênio de hemodiálise e etc. Eles vão ter mais liberdade pra fazer aquilo que foi proposto pelo movimento da reforma sanitária, que é o trabalho em rede, integração, descentralização e a capacitação do trabalhador de ponta. E, essa é a grande questão (ENTREVISTA 03, 2006).

Percebe-se em todos os depoimentos um discurso de forte adesão aos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária e com a educação permanente, mas também o

entendimento de que os Pólos, como foram modelados nas experiências do PSF e da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, são etapas ultrapassadas dessa construção social. Ao mesmo tempo, identifica-se que nenhuma solução aceitável pelo conjunto dos atores poderá ignorar as estruturas institucionalizadas do SUS.

Portanto, a questão de eventuais substitutos dos pólos, sejam núcleos, sejam instâncias, sejam o que sejam, né! Vai ter, tem que passar pela institucionalidade do SUS. Porque, eu não acredito que a gente construa uma institucionalidade a parte. Né! Eu acho, que não tem jeito... Muitas vezes aconteceu isso . (ENTREVISTA 17)

A percepção de que o SUS não pode prescindir de uma Política Nacional de Educação Permanente e que os arranjos em rede são irreversíveis para sua condução; que qualquer que seja a política, ela não pode ser construída à margem das instâncias de pactuação e deliberação do SUS e a decisão do Ministério da Saúde de republicar a Portaria 198, considerando as avaliações que foram feitas ao longo de 2006, indicam que a dinâmica estabelecida entre os atores ao longo do processo de implementação da Rede da Política de Educação Permanente em Saúde não é um processo encerrado, pelo contrário, é possível afirmar que esse processo poderá ser, em grande parte, sustentado pelo “Pacto Pela Saúde” definido pela Portaria 399/2006.

O “Pacto pela Saúde” enfatiza a descentralização; a gestão compartilhada; a regionalização; o financiamento das ações de saúde através de transferências fundo a fundo; a gestão do trabalho e da educação na saúde. A Portaria estabelece o compromisso de se reavaliar a Política Nacional de Educação Permanente, conforme se constata no seguinte trecho sobre as diretrizes para o trabalho na educação na saúde. *“Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo”*

(PORTARIA GM/MS 399 de 22 DE FEVEREIRO DE 2006, p.21).

Se, por um lado, as dificuldades enfrentadas pelos atores sociais para transformar as práticas tradicionais de natureza centralizadora e concentradora, que prevalecem na implementação de redes de políticas públicas brasileiras, demonstram que a ação social não existe em um vácuo estrutural; por outro, a progressiva deslegitimação dessas mesmas práticas, ainda que ocorra principalmente no plano do discurso institucional, também reconhece a capacidade transformadora exercida pelos atores sociais.

É importante ressaltar que, na avaliação da Rede de Política, os entrevistados defendem a instituição de processos que permitam a decisão coletiva, a aquisição e o usufruto de benefícios coletivos em uma situação livre de competição e, ou dominação. A descentralização compartilhada e a regionalização da gestão dos processos de Educação Permanente em Saúde podem desempenhar papel crucial no processo de construção da ação coletiva, ao estimular cada ator a abrir mão de parcela da sua autonomia e da liberdade de ação em favor da finalidade comum.

As falas dos atores indicam que o futuro de uma política de educação permanente coordenada em rede pode ser possível, a partir da construção de estruturas sociais fluidas que possam ser transformadas pela ação dos agentes, ao mesmo tempo em que transformam os próprios atores. Isso deve ser permitido pelo envolvimento dos atores, em longo prazo, em atividades de gestão (descentralizadas, compartilhadas e a regionalizadas) que sejam ao mesmo tempo institucionalizadas, contínuas e flexíveis. Um conceito subjacente a essa concepção é o de uma estrutura social que, embora seja frouxa e cambiante, como é da natureza das redes, permita a regulação do uso de recursos comuns e escassos, em longo prazo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contribuir para a compreensão do fenômeno de implantação de redes de políticas públicas (*public policy network*) no Brasil, através de um estudo de caso, no qual se colocou em foco a imposição hierárquica como variável da constituição de uma rede de política pública. Neste trabalho investigou-se como o caráter não espontâneo da rede afetou a implantação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS no Estado de Minas Gerais/SUS-MG - Pólo da Macrorregional Centro.

Para atender ao propósito de responder a essa questão foram construídos três objetivos específicos: descrever a gênese, a organização e a dinâmica estabelecida na rede/pólo. Ao serem cumpridos e articulados esses objetivos proporcionaram os elementos necessários para a elucidação da questão de investigação.

Embora se tenha procurado trabalhar cada um dos objetivos isoladamente, isso nem sempre foi possível porque ao descrever e analisar os dados dessa forma introduzia-se uma divisão artificial que o fenômeno social não apresenta. Por isso, nessas considerações finais, as discussões são apresentadas buscando respeitar a ordenação dos objetivos específicos apenas nos momentos em que isso é possível. Na maior parte da discussão, a gênese, a organização e a dinâmica encontram-se entrelaçados da forma como se apresentam no fenômeno estudado.

No que se refere à gênese da Rede da Política de Educação Permanente em Saúde, realizada através de Pólos/Rodas de Gestão, a investigação permitiu estabelecer que, embora se deva associar a formulação da Política com a Portaria 198, esse dado por si só possui reduzido valor para a descrição da gênese da política. Alcançar uma maior compreensão do fenômeno

exige a reconstrução histórica do cenário político-institucional no interior do qual a Portaria foi gerada, buscando descrever e identificar os eventos que a antecedem e influenciam.

Estabelecido esse cenário, é possível afirmar que a experiência da Rede da Política de Educação Permanente em Saúde através de Pólos/Rodas de Gestão representa ao mesmo tempo uma continuidade e uma ruptura com conceitos e modelos experimentados pelo Ministério da Saúde para coordenar Políticas de Educação Permanente no âmbito do SUS ao longo das décadas de 1990 e 2000.

A continuidade pode ser identificada, principalmente, na permanência da idéia de rede como modelo de coordenação de políticas públicas, mas também e aparentemente de forma paradoxal, na persistência de práticas de concentração de poder e de centralização de ações, como já havia ocorrido com a política dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do Programa de Saúde da Família – PSF, que antecede e é ponto de partida para o desenho da Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A ruptura com o modelo anterior ocorre com o deslocamento das universidades, de uma posição de centralidade na implementação de políticas de educação permanente em saúde para uma posição secundária nos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

A dinâmica de continuidade e ruptura que, nesse caso, envolve a mudança das posições ocupadas pelos atores na estrutura da rede deve ser percebida como parte de um processo histórico e dialético de construção das redes de políticas públicas no Brasil. Isso acarreta que a dinâmica da rede deve ser compreendida como resultante da interação entre sistemas de

forças sociais internas e externas à rede. Dessa forma, é possível compreender que a estrutura das relações entre os atores e a localização de cada ator no interior da rede pode ter conseqüências comportamentais e atitudinais para cada ator e para a rede como um todo (KNOCKE e KUKLINKI, 1993, p.176) tanto quanto os acordos mais amplos que são produzidos no interior da sociedade.

No caso brasileiro, é possível identificar empiricamente a coexistência entre o discurso da auto-organização, do autogoverno e da autonomia das redes de políticas públicas com a manutenção das práticas de concentração de poder, de centralização das ações e das disputas por poder, entre um número muito reduzido de atores dominantes. Esse achado reflete a hegemonia dos acordos que legitimam a concentração de poder e o autoritarismo nas relações entre os atores dominantes e os atores secundários na sociedade brasileira e se manifesta nas redes de políticas públicas, em detrimento dos princípios de auto-organização, autogoverno e autonomia (RHODES, 1993; 1999) dos arranjos locais que constituem o eixo das teorias de redes e de redes de políticas públicas, de matriz européia e norte-americana.

Na Rede da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os protagonistas são, principalmente, o Governo Federal e o Governo Estadual. Essa afirmação deve ser assumida com reservas, já que nenhum dos dois atores pode ser caracterizado pela unidade, já que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Minas Gerais são arenas políticas para grupos em litígio por controle de recursos econômicos, vantagens políticas e partidárias, predominância teórica e/ou ideológica.

A pesquisa permitiu constatar que a imposição hierárquica da rede pelo Governo Federal gerou resistências do Governo Estadual e, finalmente, a cisão entre os dois planos de governo.

Como consequência, o Governo Federal interrompeu o discurso e a prática da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde conforme proposta na Portaria 198, o que resultou no seu colapso, já que o Governo Estadual nunca alocou recursos financeiros para a implementação da política. Isso acarretou que os dois níveis de governo continuam a conduzir os processos de formação e de educação permanente de forma desarticulada e ineficiente com reflexos negativos sobre as possibilidades de consolidação do SUS.

Em síntese, esta pesquisa permitiu identificar a inconsistência política e a fragilidade institucional da rede de política pública imposta, a ausência de mecanismos para resolução de conflitos, a inexistência de relações interinstitucionais estáveis entre os atores governamentais e privados, interdependentes entre si. Também se identificou a ausência de compartilhamento de expectativas e benefício mútuo, o baixo compromisso dos atores com os objetivos comuns e com os procedimentos pactuados, tendo como resultado um ambiente institucional caracterizado pela formalidade e pela burocracia. Também foi possível estabelecer que a implementação dessa rede de política pública sofreu restrições políticas, institucionais e organizacionais, sociais e técnicas.

A análise dos dados aponta para as dificuldades de gerir e coordenar uma rede de política pública, e a para a persistência de formas de coordenação hierárquicas, baseadas na autoridade dos cargos, mesmo em um contexto discursivo de atuação em rede. Também foi possível estabelecer que a gestão em redes tenha como desafios: a coordenação, a criação de mecanismos que definam processos coletivos de decisão, os processos de negociação e interação entre os atores; a definição de prioridades e a capacidade de institucionalizar os conflitos através de instâncias de pactuação.

6 – REFERÊNCIAS

ALDRICH, Howard L. *Organizations and environments*. Prentice Hall, INC. Englewood, New Jersey, 1979.

ALIANÇA COOPERADA REDE UNIDA /ENSP/UEL/UFPB. Projeto de desenvolvimento de sistema de educação permanente www.redeunida.org.br, acessado em 21/10/2004.

AXELROD, R. *The evolution of cooperation*. New York. Basic Books, 1984.

BACHARACH, S. B. e BARATZ, M. S., Decision and non-decision: an analytical framework, *American Political Science Review*. V.58, n.3, 1963.

BARDACH, Eugene. **The implementation Game: hat happens after a bill becomes a law**. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology – MIT Press, 1977/1984.

BENSON, J. K. **A framework for political analysis**, in Rogers et al. 1982 apud RHODES, R. A. W., Policy Networks and sub-central government In THOMPSON, G., et all (edited). **Markets, hierarquies & networks; the coordination of social life**. (Reprinted) London, SAGE Publications, 1993

BERGER e LUCKMANN. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 25ª edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

BOGASON, Peter. **Public Policy and local governance: Institutions in post modern society**. - Series: New horizons in public policy. Wayne Parsons (editor) – Cheltenham .UK. Edward Elgar Publishing Limited, 2000.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1998 – Brasília. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM/MS. Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: **Diário Oficial da União**. 16/02/04.

_____. Conselho Nacional de Ensino/Câmara de Educação Básica. Parecer CNE /CEB n. 16/99, **Diário Oficial da União**, 1999.

_____ - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - Brasília. **Ata da Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite**, 18/09/03 (disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/> acessado em 25.01.2007).

_____ **Ata da reunião Comissão Intergestores Tripartite - CIT**, 03/10/2003 (disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/> acessado em 25.01.2007).

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Brasília, CNS, **Ata da Centésima Vigésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS**. 05 e 06 de fevereiro de 2003 (Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>: acessado em

24.01.2007).

Ata da Centésima

Trigésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS de 03 e 04 de setembro de 2003 (Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>: acessado em 24.01.2007).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CUNHA, Cleverson Renan & CARRIERI, Alexandre de Pádua, **Mapeando as Relações Interorganizacionais na Teoria Organizacional: Garimpendo os Principais Periódicos Brasileiros sobre Gestão**. Belo Horizonte, FACE-CEPEAD-UFMG, mimeo, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert e ROCHA, Cristiane Famer. **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e Papel dos gestores públicos**. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(2), 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, outubro/dezembro.vol.10, número 004. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. 2005.

COHEN, Ira J. Teoria da estruturação e práxis social. In: GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan H. (Orgs.) **Teoria social** hoje. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

EASTON, David. **The political system: an inquiry into the state of political science.**
New York: Alfred A. Knopf, 1953/ 1965.

ELSTER, Jon. **Sour grapes.** Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

_____ A possibilidade da política racional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.**
V, 14, n.39, São Paulo, fevereiro de 1999.

ETIZIONI, Amitai, Mixed-scanning. **Public Administration Review.** V.27, n.5, 1967.

_____ . Mixed-scanning revisited . **Public Administration Review.** V.46, n.1, 1986.

_____ **As organizações modernas.** São Paulo: Pioneira, 1967.

FUSFELD, Daniel R. **A era do economista.** São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da Sociedade:** São Paulo. Editora Martins Fontes.
1989/2003.

_____ **Estruturalismo, pós-estruturalismo e produção da cultura.** In
GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan H. (Orgs.) **Teoria social hoje.** São Paulo: Editora
UNESP, 1999.

GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan H. (Orgs.) **Teoria social hoje.** São Paulo: Editora
UNESP, 1999.

GRANDORI, Anna; SODA, Giuseppe. Inter-firm Network: antecedents, mechanisms and forms. **Organization Studies**, 1995.

GRANOVETTER, Mark. **Economic institutions as social constructions: a framework for analysis**. Acta sociologica (35), 1992.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

HAYECK, F. V. Spontaneous (grown) order and organized (made) order THOMPSON, G., et all (edited). **Markets, hierarquies & networks; the coordination of social life**. (Reprinted) London: SAGE Publications, 1993.

KICKERT, Walter J. M.; KLIJN, Erick-Hans e KOPPENJAN, Joop. **Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector**. London: Sage Publications Ltd. First published: 1997, reprinted: 1999.

KNOCKE D. **Political networks: the structural perspective**. New York: Cambridge University Press, 1990.

_____ **Networks of elite structure and decision making** In Wassermann S.; GALAKIEWICZ (orgs) **Advances in social networks analysis** New York: Cambridge University Press, 1992.

KNOCKE, D., KUKLINSKI, H. Network analysis: Basic concepts In THOMPSON, G., et all (edited). **Markets, hierarquies & networks; the coordination of social life.** (Reprinted) London: SAGE Publications, 1993.

KLIJN, E.-H., **Policy network: an overview**, 1999, p.14-34 In KICKERT, Walter J.M.; KLIJN, Erick-Hans e KOPPENJAN, Joop. **Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector.** London. Sage Publications Ltd. First published, 1997, reprinted: 1999

LAVILLE, Cristhian e DIONNE , Jean . **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas;** Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sult Ltda: Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LINDBLOOM, C.E. The Science of “muddling though”. **Public Administration Review**, 1959, vol. 19.n.2.

_____ **O Processo de decisão política.** Brasília: Universidade de Brasília, 1980.

LITTLE, Daniel. *Varieties of social explanation: an introduction to the philosophy of social Science.* Boulder/Colorado/USA: West view Press Inc. 1991.

MAIA, Paulo Ricardo da Silva; NOVAK, Franz Reis; ALMEIDA, João Aprígio Guerra; SILVA, Danielle. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. **Cadernos de Saúde Pública** Vol.20, no. 06. Rio de Janeiro: Nov./Dez.2004 disponível em www.cielosp.org . acessado em 12/07/2006.

MARQUES, Eduardo. **Estado e Redes Sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

MC GUINNESS, Tony. Markets and managerial hierarquies *In*: THOMPSON, G., *et al.* (edited). **Markets, hierarquies & networks**; the coordination of social life. (Reprinted) London, SAGE Publications, 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestora Bipartite - CIB **Plano Diretor de Regionalização**, Belo Horizonte: 2004.

MINAS GERAIS. COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE. **Ata da octogésima nona reunião da Comissão intergestora Bipartite do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - CIB - SUS - MG** , 29/09/2003.

MINAS GERAIS. COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Ata da nonagésima primeira reunião da Comissão intergestora Bipartite do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - CIB - SUS - MG**, 24/11/2003.

MINAS GERAIS. COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS-MG número 039** de 01 de outubro de 2003.

MINAS GERAIS. COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS-MG número 045** de 01 de dezembro

de 2003.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PROJETO MACRO REGIONAL CENTRO PARA IMPLANTAÇÃO DO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE BH/ITABIRA/SETE LAGOAS; 03/2004.**

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Fórum de Formação e Educação Permanente do SUS/MG **Chamada Pública 001/2003.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MAZMANIAN, Daniel A. e SABATIER, Paul A. **Implementation and public policy.** Glenview. Scott, Foresman and Company, 1983.

NOGUEIRA, Roberto Martínez. Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico In Serie **Políticas Sociales.** Santiago de Chile: Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. N. 24, 1998.

OLIVER, Amalya L. e EBERS, Mark. **Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships.** Organization Studies, 1998.

PFEFFER, Jeffrey; SALANCIK, Gerald R. **The external control of organizations: a resource dependence perspective**. New York: Harper & Row, 1978.

POWELL, W. W. Neither market nor hierarchy: network forms of organization In THOMPSON, G., *et al.* (edited). **Markets, hierarquies & networks; the coordination of social life**. (Reprinted) London: SAGE Publications, 1993.

PRESSMAN, Jeffrey e WILDAVSKY, Aaron B. **Implementation : how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or why it's amazing that federal program's work at all, this being a saga of the economic development administration as told a by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes**. Berkeley: University of California Press, 1973.

REED, M. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In CLEGG, S., HARDY, C., NORD, W. (organizadores) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

RAMOS, A. G. **A administração e o contexto brasileiro**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

REED, M. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In CLEGG, S., HARDY, C., NORD, W. (organizadores) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

RHODES, R. A. W., Policy Networks and sub-central government In THOMPSON, G., *et al.*

(edited). **Markets, hierarquies & networks**; the coordination of social life. (Reprinted)
London: SAGE Publications, 1993.

_____.Foreword In KICKERT, Walter J.M.; KLIJN, Erick-Hans e
KOPPENJAN, Joop. **Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector**.
London. Sage Publications Ltd. First published :1997; reprinted: 1999.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**: conceitos básicos. Mimeo. Belo Horizonte.
Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

SANTOS, Jair Nascimento. **A liderança no contexto das redes organizacionais**. Tese
(doutorado) Faculdade de Ciências Econômicas - Belo Horizonte: Universidade Federal de
Minas Gerais - UFMG, 2003.

SIMAN, Ângela Maria. **Políticas Públicas: a implementação como objeto de reflexão
teórica e como desafio prático**. Tese de doutorado. Programa de Doutorado em Ciências
Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Universidade Federal de
Minas Gerais, 2005.

SIMON, Herbert A. **Comportamento administrativo: Estudo dos processos decisórios nas
organizações administrativas**. Rio de Janeiro: Centro de Publicações Técnicas da Aliança
para o Progresso, 1965.

SIMON e MARCH, **Teoria das organizações**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio
Vargas, 1979.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações. Investigação sobre sua natureza e suas causas.** Os Economistas. Volume I. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____ **A riqueza das nações. Investigação sobre sua natureza e suas causas.** Os Economistas. Volume II. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

SMITH, Martin J. **Pressure, power & policy: state autonomy and policy networks in Britain and the United States.** New York: Harvester Wheat sheaf, 1993.

STREECK W., SCHMITTER, community, market, state – and associations? The prospective contribution of interest governance to social order. In THOMPSON, G., *et al.* (edited). **Markets, hierarquies & networks; the coordination of social life.** (Reprinted) London: SAGE Publications, 1993.

THOMPSON, G., et all (edited). **Markets, hierarquies & networks;** the coordination of social life. (Reprinted) London, SAGE Publications, 1993.

TURNER, Jonathan H. Teorização analítica In GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan H. (Orgs.) **Teoria social hoje.** São Paulo: Editora UNESP, 1999.

WANSLEY, G.L. **Policy subsystems as a unit of analysis in implementation studies: a struggle for theoretical syntesis,** in K.I. Hanf and Th., A.J. Toonen(eds).

WEBER, Max. **Economia sociedade.** São Paulo: Editora Universidade de Brasília, 2004. Volume I .

_____ **Economia sociedade.** São Paulo: Editora Universidade de Brasília, 1999

Volume II.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)