

UM PROCESSO DECISÓRIO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Autoria: Maria Grazia Egidia Gorla Justa

RESUMO

Por meio da utilização de dados secundários provenientes de uma pesquisa realizada pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, o objetivo desse artigo é compreender um processo decisório ocorrido na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 2006 que resultou na criação do Departamento Regional de Saúde 1 (DRS1), responsável pela relação do estado com os trinta e nove municípios da Região Metropolitana de São Paulo, a partir da fusão de quatro equipamentos e de uma estrutura de prestação de serviços. Esse departamento reveste papel importante na operacionalização do Pacto pela Saúde lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, pois é ele que representa o estado perante os municípios da região metropolitana para a realização das ações e serviços de saúde definidos como prioritários. A fim de levantar explicações sobre esse processo decisório foi necessário identificar a racionalidade que o permeia, considerar o contexto no qual está inserido e a percepção do tomador de decisão a respeito desse contexto. Diferentes modelos de tomada de decisão aparecem em diferentes situações, pois o uso dos mesmos é contingencial ao ambiente externo da organização e ao nível de ambigüidade e de incerteza a respeito dos objetivos organizacionais e como alcançá-los. Foram, portanto, aplicados conceitos provenientes de diferentes modelos de tomada de decisão por fornecerem uma explicação abrangente. A teoria da contingência estrutural foi empregada por enfatizar a influência exercida pelo ambiente externo. A perspectiva que considera as organizações como coalizões ou sistemas políticos e o conceito de cultura organizacional completam o quadro teórico de referência e foram empregados para delinear o ambiente interno. O estudo de caso foi a metodologia escolhida, na tentativa de identificar os elementos que auxiliam na sua compreensão. Em um sistema público de saúde onde se preconizam, normativamente, a gestão participativa e decisões pactuadas entre os entes federativos, este processo decisório apresentou características dissonantes com os padrões e técnicas administrativas apregoados pelo SUS. Os resultados obtidos apontaram que o contexto político e a cultura organizacional nos quais o tomador de decisão estava inserido foram, por ele, considerados como ameaças, e, conseqüentemente, a estratégia escolhida foi a do não enfrentamento dos conflitos peculiares à gestão descentralizada e a processos decisórios coletivos, como aqueles normatizados pelo SUS. Ao antepor a necessidade de neutralizar os eventuais conflitos gerados pelo contexto político e pela cultura organizacional perante a presumida efetividade da nova organização, o processo decisório utilizado neste caso ressaltou a carência de mecanismos alternativos de gestão que trouxessem mais resolutividade às mudanças organizacionais decorrentes do processo de descentralização e regionalização da saúde.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, apresenta grande complexidade por requer a articulação de ações e serviços públicos de diferentes esferas de poder em uma organização político-administrativa na qual União, estados e municípios caracterizam-se como entes autônomos, com competências exclusivas e capacidade de legislar.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde define como gestores do SUS as entidades encarregadas de fazer com que o sistema seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro dos princípios preconizados. Nos municípios, os gestores são as

secretarias municipais de saúde ou as prefeituras. Nos estados, os gestores são as secretarias estaduais de saúde e no nível federal o Ministério da Saúde (CONASS, 2003).

Ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde devem se articular por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada e frente às diversidades municipais torna-se fundamental o papel articulador do gestor estadual. Conseqüentemente, a atuação técnica do gestor estadual do SUS é marcada por variáveis políticas (Souza, 2002) resultando na necessidade de negociações e conciliações para a operacionalização do sistema. Cabe aos estados, por meio das Secretarias Estaduais da Saúde, promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar, em caráter supletivo as ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

Alguns fatores podem exemplificar os obstáculos que a esfera estadual enfrenta para o desempenho eficaz deste papel articulador, tais como a centralização dos recursos financeiros na esfera federal, o número de normas lançadas pelo Ministério da Saúde (estados e municípios vivem em processo de permanentes adaptações e readaptações) e a alta heterogeneidade das condições dos municípios. Outros fatores são mencionados por Levcovitz et al (2001), como a falta de recursos e instrumentos compatíveis para a coordenação do sistema de referência intermunicipal.

Pesquisa realizada pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas - o GVSaúde (Steuer et al, 2009), retrata um esforço para o exercício do papel articulador no Estado de São Paulo. O objeto desse estudo foi o Departamento Regional de Saúde 1 – DRS1, estrutura no âmbito estadual, criada a partir da fusão de quatro Diretorias Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (DIRs) e de uma estrutura de prestação de serviços, o Grupo de Serviços Ambulatoriais e Especializados (GSAE). Esta pesquisa levantou material empírico sobre o processo decisório referente a essa mudança organizacional, os atores envolvidos, o contexto no qual estavam inseridos, os objetivos pretendidos e os meios utilizados para alcançá-los. Os resultados desse trabalho indicaram que a instância resultante, o DRS 1, era uma estrutura que não dispunha das condições necessárias para apresentar os resultados esperados, entre outros motivos, por estar fragmentada e submetida a pressões decorrentes de expectativas ambíguas e conflitantes sobre papéis a serem desempenhados por servidores insuficientemente preparados do ponto de vista técnico. No momento da pesquisa, em 2008, apesar de já terem decorridos dois anos da mudança organizacional, percebia-se que as equipes que compunham o DRS 1 encontravam-se ainda em fase de estruturação de atividades e de busca de coesão.

O objeto de estudo desse artigo é o processo decisório que criou o Departamento Regional de Saúde 1 Grande São Paulo. Esse artigo objetiva compreender a forma escolhida para concretizar essa decisão e o quanto sua formulação e implantação estão em sintonia com os padrões apregoados pelo SUS.

METODOLOGIA

A estratégia de análise utilizada neste artigo é o estudo de caso, que se enquadra como uma abordagem qualitativa. Yin (2005) salienta que se o caso estudado representa um caso crítico ele pode afetar diretamente uma teoria bem formulada, servindo de teste para confirmá-la, desafiá-la ou até mesmo ampliá-la. Para este autor a utilização de um único caso é apropriada quando o caso sob estudo é raro ou extremo, ou seja, não existem muitas situações semelhantes para a realização de estudos comparativos.

Para Einsenhardt, (1989), essa metodologia é a mais indicada para o entendimento das dinâmicas presentes dentro de um único cenário. Adicionalmente enquanto as experiências de laboratório isolam os fenômenos do seu contexto, estudos de caso enfatizam a riqueza do caso no mundo real onde eles ocorrem (Einsenhardt e Graebner,2007).

Foram utilizados dados secundários selecionados entre aqueles levantados durante uma pesquisa qualitativa, realizada em 2.008 e finalizada em 2.009 pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde (GVsaúde) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas denominada DRS 1 Grande São Paulo: (Re) Construção social de uma organização de saúde (Steuer et al, 2009). Os dados secundários foram analisados por meio de uma técnica de análise proposta por Yin (2005), de “adequação ao padrão”, pela qual os dados empíricos são comparados com as abordagens, preceitos e conceitos provenientes do referencial teórico escolhido pelo pesquisador.

O CASO

No final de 2006 ao ser convidado para permanecer como titular da pasta na Secretaria Estadual de Saúde, cargo que ocupou de 2003 até sua morte em julho de 2010, o tomador de decisão, efetiva uma reestruturação organizacional nos equipamentos de articulação com os municípios do Estado de São Paulo. Por meio do Decreto nr. 51.433 de 28 de dezembro de 2.006 são extintas 24 Direções Regionais de Saúde (DIRs) que são substituídas por 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRSs). Esses Departamentos Regionais de Saúde lidam com os municípios pertencentes às suas respectivas regiões de saúde, reordenadas a partir da edição do Pacto pela Saúde, lançado no início de 2006 pelo Ministério da Saúde, por meio dos recém criados Colegiados de Gestão Regional.

Esses departamentos têm função importante na operacionalização desse Pacto que prevê a colaboração, por meio da regionalização da saúde, entre os estados, regiões e municípios para a realização das ações e serviços de saúde definidos como prioritários. Até esse decreto, os gestores municipais da Região Metropolitana de São Paulo interagem com o gestor estadual por meio de quatro Direções Regionais de Saúde feita exceção ao município de São Paulo tendo em vista que em 2005, ocasião na qual ocorreu uma reestruturação na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a Direção Regional desse município foi extinta e incorporada a uma das coordenadorias da secretaria.

Fundir em uma única estrutura os equipamentos estaduais responsáveis pela articulação com os trinta e nove municípios da região metropolitana de São Paulo, gerindo essa região por meio de uma única organização, era uma idéia acalentada pelo secretário desde 1995. Naquela ocasião o principal impedimento apontado foi a não municipalização da saúde¹ da capital que obrigaria o diretor regional, além da articulação com os municípios, a gerenciar uma rede responsável por mais de 200 unidades de saúde. Apesar da municipalização da capital ter ocorrido em 2000 a idéia foi postergada, pois a transferência para o município de todas as atividades levou mais de um ano para ser efetivada. Foi adiada novamente em 2002, ano eleitoral e, portanto, considerado inapropriado para levar a cabo mudanças pela falta do tempo necessário para consolidá-las. Assim, o momento ideal, na concepção do secretário estadual, para concretizar essa idéia apresentou-se no final de 2.006. A “municipalização” da capital havia ocorrido seis anos antes (em 2000) e não haveria eleições no ano de 2.007. A idéia inicial do Secretário era que essa re-configuração organizacional fosse o primeiro ato do governo que se iniciaria em 2007, mas a pedido do futuro Governador, articulou-se para que fosse um dos últimos atos do governo findo em dezembro de 2.006 (Steuer et al, 2009).

Dois foram os motivos explicitados para justificar essa reestruturação. O primeiro de caráter político por ser “*basicamente uma necessidade política da coordenação de regiões de saúde e do gabinete do secretário*”. Apurou-se, por meio de relatos, a existência de tensões políticas contínuas ocasionadas por disputas em relação às DIRs com conseqüentes confrontos com a secretaria. Adicionalmente a presença do município de São Paulo intensificou o conflito visto como uma “*guerra fria entre duas grandes forças, força que é da secretaria estadual e outra que é do município de São Paulo*”. De acordo com o relato de um alto funcionário da secretaria a principal causa desse conflito devia-se ao fato que “*nunca a*

Secretaria do Estado da Saúde vai admitir que o sistema de São Paulo seja agenciador do sistema de saúde da grande São Paulo”. Esse município é visto pelo secretário como “um agravante (por ser) a capital e aí ela tem uma complexidade político-administrativa maior que eu tenho em outra cidade. Não é porque tem 11 milhões de habitantes que ela é complexa, ela é complexa porque ela é a capital. Porque a complexidade se dá pelas forças políticas que ela tem por ser capital” (Steuer et al, 2009).

O segundo motivo foi de caráter técnico. A existência de cinco equipamentos estaduais para cuidar dessa região *“dificultaria a compreensão e a visão da Região Metropolitana da Capital como uma região de saúde, porque ela seria sempre fragmentada em cinco pedaços: a região norte, sul, oeste e leste e a capital.”*

Nas palavras do secretário, o papel a ser desempenhado pelo DRS 1 seria: *“o de ser o órgão que articula com os municípios e que faz a coordenação do Sistema Único de Saúde com base na Regional. Eles ficam acertando onde é que se vai dar os investimentos, quais serão os planos da regional. Eles são os responsáveis por repassar a implantação das novas políticas, as novas ações que o Ministério determina ou que a Secretaria de Estado determina na região” (Steuer et al, 2009).*

De acordo com o relato do tomador da decisão, na reestruturação ocorrida em 1995, período no qual ocupava o cargo de secretário adjunto, quando 64 escritórios regionais de saúde (ERSAs) foram substituídos por 24 direções regionais de saúde (DIRs), o secretário apresentou argumentos técnicos a serem submetidos e apreciados pelo governador, contendo os fundamentos que justificaram a proposta. No entanto, na reestruturação ocorrida no final de 2006, quando da substituição de 24 direções regionais (DIRs) por 17 departamentos regionais de saúde (DRSs), não foi apresentada argumentação técnica para a obtenção do aval do governador. A experiência do mesmo na área da saúde e seu entrosamento - resultante de convívio anterior com o secretário estadual da saúde - foram as razões citadas para justificar a ausência de uma análise estruturada de processos de trabalho e de serviços ou de um mapeamento de recursos existentes que sustentassem a extinção das antigas direções regionais de saúde e sua substituição pelos departamentos regionais de saúde (Steuer et al, 2009).

Foi deliberada a falta de comunicação a respeito desta nova estrutura aos demais atores (servidores alocados nas DIRs e na SES-SP, secretários municipais, entre outros). A negociação com os envolvidos foi vista como um impedimento, tendo sido o fator surpresa considerado imprescindível dentro deste contexto para evitar conflitos externos e internos. Os conflitos externos teriam origem na *“reação política dos agentes, violentamente contra a mudança, porque eles alegam que eles vão passar a ter mais dificuldade”*. Por sua vez os conflitos internos seriam causados pelos servidores públicos, pois *“como todas as pessoas em geral, eles são avessos a mudanças, mas funcionário público é mais avesso à mudança. Então, o primeiro obstáculo que a gente tem aqui é a resistência imediata dos funcionários públicos que parece que nasceram grudados na mesa em que trabalham.” (Steuer et al, 2009).*

Adicionalmente não houve planejamento para a implantação da nova estrutura pelo fato que, na opinião do secretário, na administração pública *“quem planeja não faz”*. O impacto causado, nas instâncias participantes da mudança, foi propositalmente ignorado e gerenciado *a posteriori*; a integração de pessoas e de processos de trabalho foi vista como consequência natural. O processo de reestruturação, onde quatro organizações foram extintas e fundidas em uma nova foi, portanto, reduzido à formalização de uma estrutura organizacional cujo advento foi comunicado aos demais atores por meio de um único comunicado oficial, o decreto (Steuer et al, 2009).

A Coordenadoria de Recursos Humanos foi identificada, pelos entrevistados para a pesquisa, como a instância responsável pela formatação da estrutura organizacional, suas finalidades, atribuições e competências. No entanto, não foram encontradas evidências de que

a mesma tenha utilizado dados relativos ao número, distribuição, qualificação ou situação funcional dos servidores que seriam realocados para dimensionar a nova estrutura. Segundo informação dos gestores desse órgão, não houve levantamento de dados a respeito de qual o número de funcionários que trabalhava em cada DIR, nem como seria efetivada a mudança, quais as pessoas chave, quem deveria ir para o DRS 1 ou não. Informações essenciais, como a identificação das áreas que estavam com excesso ou falta de servidores, o planejamento das necessidades futuras de contratação, em termos qualitativos (perfil e formação) e quantitativos (número de pessoas a serem contratadas), o mapeamento das qualificações e competências, a retenção de pessoas-chave, a utilização de planos de realocação não foram levadas em conta aparentemente pela falta de um sistema integrado e informatizado de gestão.

REFERENCIAL TEÓRICO

Decisões de todos os tipos e magnitudes permeiam as organizações. Neste sentido, elas podem ser vistas como um *locus de processos decisórios*. Portanto, em um determinado momento, podemos interpretá-las como o resultado ou o produto das suas decisões ao longo do tempo (Hatch, 1997). Para Miller et al (2004), as organizações ao se integrarem ou ao se diferenciarem geram a necessidade de tomar decisões. Estudos acerca do trabalho administrativo confirmam que nesse processo os administradores gastam grande parte do seu tempo. O trabalho de Mintzberg (1985) coloca a tomada de decisão como prioritária na agenda administrativa, enquanto Simon (1979) sugeriu que “administrar” e “tomar decisões” são praticamente sinônimos. Para Eisenhardt and Zbaracki (1992) as tomadas de decisão são fundamentais no processo estratégico, pois moldam o curso de uma empresa.

A primeira abordagem utilizada para analisar a tomada de decisão foi a do modelo racional, herdado da teoria econômica onde o indivíduo na organização possui como características aquelas contempladas pela administração científica: o tipo ideal representado pelo “*homo economicus*” onde o indivíduo é um ser totalmente racional e incorruptível. Nesse modelo, os indivíduos entram em situações de decisão com os objetivos previamente conhecidos e os objetivos determinam o valor das possíveis conseqüências de uma ação. A partir daí os indivíduos reúnem as informações apropriadas, montam um conjunto de alternativas e escolhem a “ótima” (Eisenhardt e Zbaracki, 1992). No entanto, estudos empíricos demonstraram que os modelos de escolha racional são prescrições idealizadas que descrevem uma “não-realidade” (Miller et al, 2004). Segundo Morçol (2007) o modelo de tomada de decisão racional, é um mito, uma abstração que não encontra aplicações diretas na vida real de qualquer organização. Para este autor, nenhuma perspectiva teórica assume que os indivíduos são (ou podem ser) tomadores de decisão puramente racionais. Por outro lado os proponentes das teorias racionais, na sua maioria economistas, argumentam que suas teorias não foram projetadas para descrever processos decisórios ou escolhas de curto prazo. Teorias econômicas sobre a tomada de decisões racional não dizem respeito ao comportamento de um indivíduo ou de uma empresa no futuro imediato, mas sim de um fenômeno em nível industrial em longo prazo (Hodgkison and Starbuck, 2008). É um comportamento que pode ser observado a partir de centenas de decisões tomadas como resposta a estímulos similares (como os mercados financeiros). Para os autores, as noções de racionalidade dos economistas não fazem sentido quando aplicadas a indivíduos que não podem prever o futuro, embora possuam um valor preditivo se forem levados em considerações centenas de casos.

Em 1945 Simon, com o seu livro *Comportamento Administrativo*, propõe uma abordagem inovadora, que vai de encontro aos críticos das teorias racionais que observaram que a realidade organizacional não permite aos tomadores de decisão possuírem dados completos e objetivos bem definidos. Simon propõe o conceito do homem administrativo - uma alternativa ao homem econômico - um ser que age intencionalmente, é racionalmente limitado e que está apto a tomar decisões satisfatórias para a organização, corretas quando

relacionadas aos objetivos pré-estabelecidos (Motta e Vasconcelos, 2002). As formulações de Simon colocaram o processo decisório como ponto focal para a compreensão do comportamento organizacional (Hodgkinson and Starbuck, 2008). Simon (1979) propõe uma nova teoria da decisão, para análise e descrição das organizações. Ele argumenta que a capacidade do ser humano para reunir, compreender e recuperar informações da memória e fazer inferências é limitada por informações incompletas e imperfeitas; pela complexidade do problema; pela capacidade de processar informação pelo ser humano; pelo tempo disponível; pelas preferências conflitantes em relação aos objetivos organizacionais; pelos ambientes extremamente complexos nos quais se situa, tendo denominado estas limitações de “racionalidade limitada”. Conseqüentemente, o ser humano tomará sempre decisões satisfatórias e não ótimas. Eisinghardt and Zbaracki (1992), ao revisarem a literatura, concluíram que estudos empíricos demonstraram que a racionalidade é multidimensional e as decisões são racionais em alguns aspectos, mas não em outros, que muitas decisões seguem fases básicas como identificação do problema, desenvolvimento e seleção de alternativas, mas que percorrem essas etapas sempre seguindo caminhos diferentes e realizando ajustes contínuos.

Para Hatch (1997), as decisões freqüentemente são tomadas sob condições de incerteza (falta de informações) que geram conflitos a respeito de como os objetivos devem ser alcançados e ambigüidade (hesitação entre duas ou mais possibilidades), que por sua vez geram divergências em relação aos objetivos a serem alcançados ou problemas a serem resolvidos (que direção tomar). Dependendo do nível de ambigüidade e de incerteza a respeito dos objetivos e de como alcançá-los diferentes modelos de tomada de decisão são utilizados.

Os conceitos de agenda e de janela de oportunidade de Kingdon (1995), aliados ao modelo da lata de lixo de Cohen et al (1972) acrescentam mais uma condição constituinte do processo decisório: a simultaneidade. Nessas abordagens a simultaneidade explica a tomada de decisão, quando problemas e soluções compatíveis coincidem no tempo criando uma oportunidade de escolha que permite uma decisão. As circunstâncias favoráveis para uma questão entrar na agenda dos tomadores de decisão provêm de uma situação onde as pessoas, por um determinado período de tempo, compartilham as mesmas questões. É a convergência de três processos ou fluxos relativamente independentes que explica os motivos pelos quais certos problemas vão para a agenda de decisão, enquanto outros, apesar de reconhecidos, não provocam, necessariamente, uma ação efetiva do governo. Uma conjuntura política favorável, o reconhecimento de um problema e a existência de soluções viáveis e aceitáveis abre uma “janela de oportunidade” para que uma questão vá para a agenda de decisão – do mesmo modo, uma “janela” se fecha quando um desses fluxos se separa dos demais. No modelo da lata de lixo o processo decisório é visto como um fluxo de eventos que se entrelaçam aleatoriamente permitindo que algumas soluções se anexem a problemas na presença de um conjunto fortuito de indivíduos em um ponto eventual do tempo. Problemas, soluções, atores e oportunidades de escolha são fluxos independentes que fluem dentro e através das organizações lembrando uma lata onde o lixo é jogado e se mistura. Quando esses fatores se conectam, um problema pode ser identificado e resolvido (Cohen et al, 1972)

Percebe-se, a partir dessas abordagens, a necessidade de considerar o contexto no qual está inserido o tomador de decisão e sua percepção a respeito desse contexto. Para Simon (1979), a racionalidade depende de seu contexto e é limitada por ele.

Assim, diferentes modelos de tomada de decisão aparecem em diferentes situações, pois o uso dos mesmos é contingencial ao cenário da organização (Daft, 2008) e ao nível de ambigüidade e de incerteza a respeito dos objetivos e de como alcançá-los (Hatch, 1997). A abordagem contingencial trabalha com a noção de adaptação contínua da organização ao meio ambiente e de seu ajuste interno (*fit*) às suas características (Motta e Vasconcelos, 2002). Nesse enfoque, as características ambientais relevantes para a organização condicionam e

influenciam a estrutura, as características e os processos internos da organização, que somente podem ser entendidas mediante a análise do ambiente no qual estão inseridas Daft (2008).

Nessa perspectiva, onde as contingências externas podem ser consideradas como oportunidades ou como ameaças, os processos decisórios transformam-se em focos de atividade política, relacionadas à alocação e ao exercício do poder nas organizações (Miller et al, 2004). O poder, segundo Galbraith (1994) é a imposição da vontade de uma pessoa sobre a das outras. Para esse autor a organização é a mais eminente fonte de poder dos dias atuais. Eisenhardt and Zbaracki (1992) argumentam que o poder ganha as batalhas sobre escolhas, a oportunidade importa e a complexidade do problema e os conflitos influenciam a forma como a decisão é tomada. Miller et al (2004) complementam ao afirmar que o poder é um fator sempre presente na vida organizacional alocado para posições de autoridade dentro da hierarquia da organização, regulando o acesso ao processo de tomada de decisão. O poder organizacional ou autoridade racional-legal (termo cunhado por Max Weber) deriva de um sistema de normas racionais escritas, que definem com precisão as relações de autoridade e subordinação e distribuem as atividades a serem desenvolvidas de forma sistemática. Esse tipo de autoridade confere, à pessoa investida, poder de coação sobre os subordinados e oferece meios coercitivos para impor sua vontade sendo, no entanto, estritamente limitada pela norma legal (Motta e Vasconcellos, 2002).

Por sua vez, a política é parte natural do processo decisório na alocação de recursos em um cenário de escassez e interesses conflitantes (Bolman and Deal, 2003). A influência do fator político nas organizações públicas remete a uma das metáforas de Morgan (1996), que vê as organizações como sistemas políticos. Mintzberg (1985), neste contexto, vê a organização aprisionada, totalmente ou em grande parte, pela política e pelos conflitos. Para Lindblom (1980) existem dois componentes aparentemente antagônicos no processo decisório político: a análise e a política. De um lado a tomada de decisão deve ser democrática e, conseqüentemente, política. De outro há a necessidade de que uma decisão seja baseada no maior volume possível de informações e que, portanto, seja analisada de forma técnica. Para o autor, é impossível chegar, por meio da análise a escolhas que agradem a todos porque, em última análise, a identificação e a formulação dos problemas requerem um ato de escolha. Para o autor a análise é limitada por ser decorrente da capacidade cognitiva do ser humano e da complexidade dos problemas (a racionalidade limitada). Lindblom (1980) argumenta que a análise não pode ser abordada como uma alternativa à política, mas como um complemento.

Eisenhardt e Zbaracki (1992) argumentam que a maioria dos acadêmicos compartilha a visão de que as organizações são compostas por pessoas com preferências parcialmente conflitantes, que a tomada de decisão estratégica é, em última instância, política, no sentido de que pessoas que detem poder conseguem o que querem. Adicionalmente, as pessoas se engajam em táticas políticas, como a formação de coalizões, para reforçar seu poder. Essas coalizões são formadas pela interdependência dos seus membros originada pela necessidade recíproca. No entanto, valores, crenças, informações, interesses e percepções da realidade apresentam diferenças permanentes, resultando em uma atividade política mais explícita e dominante, colocando o conflito no centro da dinâmica organizacional e fundamentando o poder como um ativo muito importante (Bolman and Deal, 2003).

Daft (2008) argumenta que a formação de uma coalizão tem várias implicações no comportamento da decisão organizacional, pois, pela sua natureza, representa outro fator limitante da racionalidade. As decisões são tomadas mais pela sua satisfatoriedade (aceitação de níveis satisfatórios em lugar de níveis ótimos de desempenho, capacitando as organizações a atingir várias metas simultaneamente) do que para a otimização da solução de problemas pelo fato que os tomadores de decisão estão preocupados com questões imediatas em uma situação mal definida e carregada de problemas.

Para Simon (1979) as premissas inerentes à decisão e a estrutura organizacional se influenciam mutuamente, Rojot (2008) argumenta que a influência que a estrutura exerce sobre os processos decisórios resulta, em certa medida, em um conjunto único para cada organização. Daft (2008) afirma que as dimensões do projeto organizacional descrevem as organizações assim como os traços físicos e a personalidade caracterizam as pessoas. A configuração das organizações públicas apresenta características burocráticas onde as funções e competências são racionalmente definidas e rigorosamente determinadas por leis ou regulamentos. A hierarquia é definida por meio de regras explícitas que regulam o exercício da autoridade e seus limites (Motta e Vasconcellos, 2002).

Para Motta e Pereira (2004) qualquer sistema social administrado por critérios racionais e hierárquicos forma uma organização burocrática que, mais ou menos flexível, formalizada ou autoritária, tem como característica o sentido do processo decisório de cima para baixo.

Como vimos, para Simon (1979) aspectos do ambiente que envolve o tomador de decisão são um dos elementos a considerar no estudo de uma tomada de decisão. Dentro dessa perspectiva qualquer ação do tomador de decisão só pode ser vista e entendida no contexto no qual a ação se desenrola. Shepherd (2003) denomina essas características ambientais de “ambiente autorizador externo” e o considera uma variável importante e complexa, por influenciar o que a organização faz e por garantir os recursos necessários a ela. Para ele, a centralização, a alocação e o controle de recursos e a aplicação centralizada de regras rígidas de controle de pessoal e de procedimentos são características do setor público. Como resultado, a autonomia é consideravelmente reduzida em relação à gestão das organizações privadas. Abrucio (2005) ressalta a importância da autonomia para os governos locais, uma vez que a integridade territorial em um país marcado por heterogeneidades precisa ser mantida. Para ele a autonomia e a integridade territorial são essenciais para um pacto federativo. A estrutura federativa afeta diretamente o desenho das políticas públicas; portanto, a coordenação intergovernamental, ou seja, a decisão conjunta no que diz respeito à distribuição de recursos escassos, exige eficiência (fazer mais com menos) e efetividade (ter impacto sobre as origens dos problemas sociais). Essa soberania compartilhada é complexa, pois os entes federativos, por sua natureza, só entram nesse esquema conjunto se assim o desejarem. O autor acredita que uma clara definição das competências no terreno das políticas públicas, por meio de instrumentos legais, obriga os atores ao compartilhamento dessas decisões e responsabilidades.

A influência da cultura organizacional no processo decisório é da mesma magnitude daquela exercida pelo ambiente externo. Para Schein (1992) a cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Estes pressupostos funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros, como forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Para esse autor o planejamento de mudanças deve ser mediado pela cultura organizacional, ou seja, quanto mais importante a ação de mudança for para a estratégia, maior deve ser sua compatibilidade com a cultura da organização.

Por sua vez, Rojot (2008) argumenta que o conceito de cultura torna-se muito mais útil ao ser interpretado como um conjunto de limitações à racionalidade. Para ele, a cultura consiste em limitações compartilhadas sobre a racionalidade. Estas limitações diferenciam-se dependendo da coletividade na qual o indivíduo participa. As mudanças culturais tornam-se evidentes quando determinada quantidade de indivíduos começa a compartilhar uma nova limitação. Quando um número suficiente de pessoas compartilha uma nova percepção ou crença, por meio de interações, estas se tornam limitações mais generalizadas de cognição, ou seja, uma característica cultural. Para Rojot (2008), a análise da cultura como limitadora da

racionalidade cria um conjunto coerente de conexões entre as culturas nacional, profissional e organizacional. As limitações têm efeitos semelhantes, mas provêm de fontes diferentes. As diferenças entre os indivíduos, inseridos em diferentes ambientes nacionais, ocupacionais e organizacionais, nascem das tentativas de conciliar comportamentos aceitos e as limitações cognitivas com outros conjuntos de limitações provenientes de outras fontes, entre elas a experiência pessoal.

Para Daft (2008) todos participam da cultura, mas em geral ela passa despercebida. Quando a organização tenta implantar novas estratégias ou programas que ameaçam as normas e valores culturais básicos ela se defronta com o poder da cultura. Para Pettigrew (2009) é muito mais fácil ajustar as manifestações de cultura do que modificar o núcleo de crenças e pressupostos básicos da organização devido à existência de uma variedade de níveis de profundidade nos quais a cultura se propagou na organização, permeando elementos diversos (pessoas, processos, estruturas, sistemas). Adicionalmente, a cultura é aceita implicitamente e é difícil mudar partes implícitas do pensamento ou comportamento das pessoas. Para Bertero (1976), de nada adianta modificar a estrutura de uma organização se o comportamento dos seus membros também não for modificado, pois os indivíduos afetam as estruturas e são por elas afetados. Para o autor, nessas situações é desejável que haja processos decisórios participativos envolvendo os membros da organização conduzindo a um compartilhamento da autoridade entre os diferentes níveis hierárquicos e a assunção de responsabilidades por grande número de funcionários. Nesse cenário os servidores públicos possuem o poder de facilitar ou não o processo de adaptação e a falta de entendimento pode manifestar-se por meio da resistência que esse grupo impõe ao processo, podendo inviabilizar as tentativas de mudança organizacional (Vergara e Pinto, 1998). Autores como Malik e Motta (2007) advertem que mudanças estruturais não acompanhadas de recursos e de gestão adequadas dificilmente são bem sucedidas. Os autores preconizam a desmistificação de modelos como estratégia na solução de problemas tendo em vista que os modelos não se implementam sozinhos mas dependem da capacidade de gestão. Para estes autores, as mudanças estruturais acabam sendo definidas por questões ideológicas e não através de análises de eficácia. A capacitação gerencial, as questões técnicas e o aspecto político são considerados fundamentais para o alcance de resultados que façam diferença para a saúde.

De acordo com Carbone (2000), o burocratismo, o autoritarismo (centralização) e o paternalismo são alguns dos comportamentos sociais no Brasil que apresentam decorrências na gestão pública e que podem dificultar os processos de mudança. Saraiva (2002), argumenta que a noção de burocracia é tão enraizada nas organizações públicas, que remete à idéia de imobilidade, uma vez que formas alternativas de organização são rejeitadas – ou aceitas até a fase de implementação de mudanças – tal a força dos preceitos reguladores vigentes. Para o autor os funcionários públicos percebem a necessidade de mudança pela maneira como as atividades vêm sendo desempenhadas, pelas demandas dos cidadãos e pela necessidade de maior agilidade na resposta às mudanças ambientais; ainda assim, manifestam-se predominantemente de forma negativa, quando a inovação é tratada, deixando claro que mudar é preciso, mas não de forma radical. Para Pires e Macedo (2006) a cultura que orienta a prática das organizações públicas é a da interferência política e administrativa e os traços dessa cultura influenciam os seus trabalhadores transformando essas organizações públicas em burocracias complexas, com características centralizadoras e estruturas rígidas, não orientadas para o atendimento das necessidades dos cidadãos, ou para a eficácia e efetividade. Esses autores argumentam que a burocracia, o autoritarismo centralizado, o paternalismo, a descontinuidade e a ingerência política interferem no modo como os trabalhadores atuam nessas organizações, observando-se o apego às regras e rotinas, a supervalorização da hierarquia, o paternalismo nas relações e o apego ao poder, entre outras. Por sua vez, Saraiva (2002) afirma que podemos observar dois tipos de servidores públicos: de um lado

funcionários conscientes do que se espera deles, enquanto membros da máquina pública, comprometidos com a qualidade na prestação de serviços à população e, de outro, uma mão-de-obra politizada e em geral desmotivada com as sucessivas ações do governo no sentido de desestruturar a imagem do servidor público em termos institucionais, políticos e econômicos. Na visão de Siqueira e Mendes (2009) parte dos servidores é apática e, para modificar essa situação, é necessário o estabelecimento de metas participativas, incentivos materiais e simbólicos, proporcionando um sentido para o trabalho que realizam. Vaitsman (2001) em pesquisa com servidores de um hospital da rede pública municipal do Rio de Janeiro afirma que o setor público é percebido como um lugar onde predominam o apadrinhamento político, as relações de favorecimento pessoal e os privilégios, acarretando sentimentos de desconfiança, iniquidade e injustiça que produzem frustração em relação aos projetos pessoais e profissionais, levando à desmotivação e dificultando a formação de expectativas positivas em relação às possibilidades de mudança.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma mudança organizacional numa Secretaria Estadual de Saúde onde unidades estaduais são extintas para serem sucessivamente fundidas em uma nova estrutura pode ser entendida como uma decisão estratégica que afeta a própria organização, modificando sua configuração. No entanto, por serem as unidades extintas responsáveis pela relação do Estado com 39 municípios, esta decisão extrapola as fronteiras da organização, afetando diretamente seu ambiente externo.

Nesse caso, vários são os elementos constituintes do meio ambiente no qual estava inserido esse processo decisório que explicitam sua complexidade. De acordo com a abordagem contingencial condicionaram esse processo e o influenciaram: (i) o Estado de São Paulo, em 2006, ano em que foi criado o DRS 1, continuava realizando parte dos procedimentos assistenciais, principalmente os de alta complexidade exigindo conciliações e negociações entre o ente estadual e os entes municipais; (ii) a região metropolitana de São Paulo é composta por municípios que apresentam marcantes disparidades e desigualdades. Na ocasião, apresentava um arranjo partidário político onde 60% dos cargos de prefeito estavam ocupados por partidos diferentes daquele do governador do estado, intensificando as tensões inerentes a relações intra-governamentais. Essas tensões também são conseqüentes da falta de arranjos políticos descentralizadores, da competição eleitoral e por recursos, da insuficiência de incentivos institucionais e da diminuição da autonomia municipal em prol da cooperação (Souza, 2003); e (iii) a presença de São Paulo, capital do estado e “município-metrópole” dessa região (Souza, 2003) concentrando a maioria dos serviços de saúde não somente do estado como também do país, representando uma força assistencial e política de grande magnitude.

Foi possível constatar que a autonomia e a interdependência desses dois entes federativos (o estado e o município de São Paulo) foram elementos condicionadores desse processo decisório e responsáveis pela postergação da tomada de decisão e sua implantação por duas vezes. Na percepção do secretário ocorreu, no final de 2006, um entrelaçamento de fluxos casuais - uma conjuntura política favorável, o reconhecimento de um problema e a existência de uma solução - abrindo uma “janela de oportunidade” para que essa mudança organizacional fosse inserida na sua agenda de decisão.

Em paralelo, verificou-se a ausência de argumentos técnicos, resultantes de análises prévias, que justificassem tal reorganização. Sua utilização teria sido de grande utilidade para a efetividade do novo departamento, se as mudanças ocorridas, nas condições e perfis dos municípios ao longo dos onze anos que separam a idealização (1995) da implantação (2006) dessa mudança organizacional tivessem sido, pelo menos, levadas em consideração. Nesse sentido é suficiente mencionar a “municipalização” da saúde em São Paulo ocorrida em 2000. Argumentos técnicos, utilizados como dados complementares, poderiam ter amenizado os

eventuais conflitos políticos entre as partes interessadas. Mas argumentos técnicos aparentemente não foram valorizados ou mesmo considerados necessários no processo de tomada de decisão.

A ausência de análises técnicas no processo de formulação da estratégia, como insumos necessários para a tomada de decisão, e a falta de comunicação aos demais grupos de interesse na etapa de implantação podem ser interpretadas como estratégias para atender os interesses de um grupo específico evitando conflitos e negociações resultantes de uma mudança organizacional desse porte. Esse caso enfatiza as dificuldades na operacionalização do que Abrucio(2005) chama de “soberania compartilhada” uma vez que uma das partes não demonstrou capacidade o vontade política para viabilizá-la.

Inserida nesse ambiente, a Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela formulação da Política Estadual de Saúde pode ser definida como uma coalizão ou como um sistema político, por apresentar os pressupostos inerentes a essas perspectivas. Caracteriza-se como uma organização burocrática estatal com legislação própria e rotinas e procedimentos padronizados que cobrem todos os seus aspectos organizacionais e onde o processo decisório é um privilégio daqueles que ocupam uma posição mais elevada. Se por um lado o administrador dessa organização pública é obrigado a conviver com restrições provenientes de procedimentos burocráticos de natureza legal, ele é empossado por uma autoridade que lhe permite tomar uma decisão individual sem precisar lidar com conflitos ou conciliações de qualquer natureza em um ambiente onde se preconiza decisões pactuadas entre os atores interessados na questão.

As partes constituintes dessa coalizão burocrática (coordenadorias, departamentos, direções, autarquias e fundações) apresentavam diferentes configurações culturais, intrínsecas aos seus relativos valores e pressupostos e resultantes de sua formação e reconstituição ao longo do tempo. O tomador de decisão não atentou para o fato que cada uma das extintas DIRs poderia ter uma forma de organização própria, com características culturais específicas, que deveriam ou poderiam ser trabalhadas. Quando são introduzidos novos arranjos organizacionais, sem comunicação e planejamento prévios, atritos podem surgir comprometendo o alcance dos objetivos esperados. A estratégia empregada visou a amortecer ou a evitar o conflito quando poderia ter gerenciado os elementos componentes dessas culturas organizacionais de maneira positiva contribuindo para a integração das mesmas. A cultura organizacional poderia ter sido considerada como um aliado estratégico para o alcance dos objetivos da organização, diminuindo incertezas e inseguranças, e conseqüentemente minimizado os conflitos a ela inerentes (Malik, 1992), resultando em uma estrutura única, com características próprias, e não somente uma junção das outras estruturas.

A falta de comunicação e de planejamento desse processo decisório desencadeou nos servidores públicos os comportamentos mencionados no referencial teórico que dificultam processos de mudança e as diferentes configurações culturais atuaram como fonte de resistência, interferindo negativamente no resultado dessa mudança.

CONCLUSÃO

O conceito de que a racionalidade depende do seu contexto e é limitada por ele é primordial no entendimento desse caso. A partir das análises realizadas destacou-se a relevância de dois fatores quando se buscou compreender a estratégia utilizada nessa tomada de decisão: o ambiente externo e a cultura organizacional. Esses elementos funcionaram como fatores adicionais na limitação da racionalidade subjetiva do decisor. Alternativas não foram consideradas, pelo tomador de decisão, por não terem sido percebidas ou identificadas como viáveis, frente ao seu entendimento prévio sobre a cultura organizacional e sobre o ambiente externo. A maneira como essa burocracia pública, por meio do seu tomador de decisão, dispôs de seus recursos humanos, influenciou seu desempenho.

A ausência da participação de outros atores pode indicar uma falta de abertura política da secretaria em relação a outras instâncias contrariando os preceitos do SUS no que diz respeito à questão da decisão coletiva e pactuada entre os três entes federativos. A implantação de um novo modelo de organização do trabalho não é um processo que ocorre apenas pela modificação da forma de organização. Conseqüentemente a estratégia utilizada neutraliza as vantagens esperadas pela velocidade na tomada da decisão.

Ao antepor a necessidade de neutralizar os eventuais conflitos gerados pelo contexto político e pela cultura organizacional perante a presumida efetividade da nova organização, o processo decisório utilizado neste caso ressaltou a carência de mecanismos alternativos de gestão que trouxessem mais resolutividade às mudanças organizacionais decorrentes do processo de descentralização e regionalização da saúde. Esta única decisão afeta a articulação política do Estado de São Paulo com municípios que abrigam quase vinte milhões de cidadãos e o impacto decorrente assume proporções consideráveis na efetividade da assistência à saúde desta região.

Em um sistema público de saúde onde se preconiza, normativamente, a gestão participativa e conseqüentemente a decisão coletiva e pactuada entre os três entes federativos, este processo decisório apresentou características dissonantes com os padrões e técnicas administrativas apregoados pelo SUS. Foi possível apurar que a estratégia escolhida nesse caso foi a do não enfrentamento dos conflitos peculiares à gestão descentralizada e a processos decisórios participativos, como aqueles normatizados pelo SUS.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, F.L. **A Coordenação Federativa no Brasil: A Experiência do Período FHC e os Desafios do Governo Lula**. Revista de Sociologia e Política nr.24, Jun, 2005.

BERTERO, C. O. **Gestão à Brasileira**. GV Executivo. Vol.3 • Nº3 • Ago./Out. 2004

BOLMAN, L. G.; TERRENCE E. D.: **Reframing organizations: artistry, choice, and leadership** 2003 John Wiley & Sons, Inc.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Pro gestores - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003**. Legislação do SUS. Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. **Decreto n. 51.433 de 28/12/2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde DOE-I 29/12/2006.

BRASIL. **Lei n.o 8.080, de 19/09/1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. DOFC PUB 20/09/1990 p. 018055 1. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 19/12/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e da outras providências. DOFC PUB 31/12/1990 p. 025694 1. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM de 22/02/2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. DOFC PUB. 23/02/2006 p. 43 2 Diário Oficial da União.

CARBONE, P.P. **Cultura Organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura.** Revista de Administração Pública, v. 34, n. 2, mar/abr 2000.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A. **Garbage Can Model of Organizational Choice.** Administrative Science Quarterly, v.17 (1), 1972.

DAFT, R. L. **Organizações: Teoria e Projetos.** Cengage Learning Edições Ltda. 2008

EINSENHARDT, K. M. **Building theories from case study research.** Academy of Management Review, Stanford, v.14, 1989.

EINSENHARDT K. M.; ZBARACKI M. J. **Strategic Decision Making.** Strategic Management Journal, Vol. 13, Special Issue: Fundamental Themes in Strategy Process Research (Winter, 1992).

EINSENHARDT, K. M.; GRAEBNER, M. E. **Theory Building from cases: Opportunities and Challenges.** Academy of Management Journal 2007, Vol. 50, No. 1.

GALBRAITH, J. K. **Anatomia do poder.** São Paulo : Pioneira, 1994.

HATCH, M. J. **Organization Theory; Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives Part III. Key Issues And Themes In Organizations Theory:** Organizational Decision Making, Power and Politics: Oxford University Press, USA 1997.

HODGKINSON, G.P.; STARBUCK, W.H. **Organizational Decision Making - Mapping Terrains on Different Planets.** In: The Oxford Handbook of Organizational Decision Making. Edited by Hodgkinson Gerard P. and Starbuck William H. Oxford University Press. 2008.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** 3a. Ed. New York: Harper Collins. 1995.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2. 2001

LINDBLOM, C. E. **O processo de Decisão Política.** Brasília: UnB, 1980.

MALIK, A.M. **Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde.** Revista de Administração de Empresas, 32(4), set/out 1992

MALIK, A. M.; MOTTA, P. R. **Gestão Pública em Saúde.** Gestão & Saúde - Cadernos FGV Projetos, São Paulo, p. 12 - 13, 01 abr. 2007.

MILLER, S. J.; HICKSON D. J.; WILSON D.C. **A Tomada de Decisão nas Organizações.** In: Handbook de Estudos Organizacionais Volume 3. Editora Atlas, 2004

MINTZBERG, H. **The Organization as Political Arena**. Journal of Management Studies. V.22, 1985.

MORÇOL, G. **Decision Making: An Overview of Theories, Contexts and Methods**. In: Handbook of Decision Making. Public Administration and public policy. Edited by Goktug Morçol. Taylor & Francis Group, 2007

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MOTTA, F.C.P.; PEREIRA, L. C. B. **Introdução à Organização Burocrática**. Pioneira Thomson Learning Ltda., 2004

PETTIGREW, A.M. **A Cultura das Organizações é Administrável?** in Cultura e Poder nas Organizações. Fleury, M.T.L e Fischer, R. M. Coordenadoras. Editora Atlas. 2ª Ed. – 13. Reimpr – São Paulo, 2009

PIRES, J. C. d. S.; MACEDO, K. B.. **Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil** RAP Rio de Janeiro 40(1), Jan./Fev. 2006

ROJOT, J.. **Culture and Decision Making**. In: The Oxford Handbook of Organizational Decision Making. Edited by Hodgkinson Gerard P. and Starbuck William H. Oxford University Press. 2008.

SARAIVA, L.A.S. **Cultura Organizacional em Ambiente Burocrático**. RAC, v.6, n.1, Jan/Abr. 2002.

SCHEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**. 2nd Edition .San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers, 1992.

SHEPHERD, G. **Understanding Public Organizations: an Aid to Reform in Developing Countries**. Draft, World Bank, PREM Network, Public Sector Governance, 2003.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo. Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas**. Rio de Janeiro, FGV, 3ª ed. 1979.

SIQUEIRA, M.V; MENDES, A.M. **Gestão de Pessoas no Setor Público e a Reprodução do Discurso no Setor Privado**. Revista do Serviço Público. Brasília: ENAP, 2009.

SOUZA, C. **Regiões Metropolitanas: Condicionantes do Regime Político**. Lua Nova N° 59, 2003

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002

STEUER, R. (coord.); CARPANEZ, L.; CAMPOS, L.C.; JUSTA, M.G. **DRS 1 Grande São Paulo : (RE) Construção social de uma organização de saúde**– São Paulo: Escola de

Administração de Empresas de São Paulo. Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde, mimeo, 2009.

VAITSMAN, J. **Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde.** RAP Rio de Janeiro 35(1), Jan/Fev. 2001

VERGARA, S.C; PINTO, M.C.S. **Cultura e Mudança Organizacional: o Caso TELERJ** RAC, v.2, n.2, Maio/Ago. 1998

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Tradução de Daniel Grassi. 3a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ⁱ Municipalização da Saúde: quando o município passa a ser responsável pelas ações e serviços de saúde a serem prestados aos seus municípios.