

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

Autoria: Luiz Carlos do Nascimento, Ivan Beck Ckgazaroff

Resumo

Este trabalho investiga o emprego de redes de políticas públicas (*Public Policy Network*) no Brasil. 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. 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 método utilizado foi o estudo de caso. Como técnicas de coleta de dados, utilizaram-se a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a realização de dezoito (18) entrevistas semi-estruturadas, totalizando vinte (horas) de depoimentos. 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 implantação *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 implantação sofreu interferências originadas de quatro dimensões ou ambientes: política, institucional e organizacional, social e técnica. Tais ambientes circunscritores da política pública determinaram restrições ao funcionamento da rede construída para operá-la.

Palavras chave: Teoria organizacional; *Public Policy Network* / Rede de Política Pública; Governança de Redes; Sistema Único de Saúde - SUS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

INTRODUÇÃO

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). As redes de políticas públicas possibilitam 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.

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). Além disso, é que a estrutura de relações entre os atores e a localização dos atores na rede pode ter conseqüências comportamentais, perceptuais e atitudinais para cada ator e para a rede como um todo (KNOCKE e KUKLINKI, 1993). No que se refere a sua gênese e organização, as redes têm sido identificadas como arranjos auto-organizados, autogovernados e autônomos (RHODES, 1999), ou seja, as redes possuem um caráter espontâneo.

No caso brasileiro, constata-se que 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).

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 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*.

Referencial teórico

Rede de política pública é um conceito o qual 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). Possibilitam 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 conceito de rede de política pública emerge no período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, como mais uma alternativa para os modelos racionalistas e elitistas de formulação e de implementação de políticas públicas que prevaleceram ao longo do século XX. 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 a realização da ação coletiva de acordo com os objetivos estabelecidos. As causas de falha do modelo de rede podem ser: a perda de incentivos para cooperar; a existência de bloqueios da 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).

Segundo Kickert *et al.* (1999), 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 e, ou uma política, sendo que a interdependência é o conceito chave para a abordagem de rede. Os atores 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 a formalização de regras de participação e interação.

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, elas eram percebidas como uma das principais razões para que as políticas públicas falhassem. Eram identificadas com a falta de transparência; com formas obscuras de representação de interesse; como processos e instâncias de privatização do governo, dominadas por oligarquias políticas (KICKERT *et al.*, 1999). Dessa forma, a rede seria incapaz de dar voz aos desprovidos de recursos.

Rhodes (1993) 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. A estruturação da rede afeta o seu funcionamento, de forma que as relações entre os atores e a sua localização na rede, bem como sua exclusão da rede podem ter conseqüências comportamentais, perceptuais e atitudinais sobre a rede como um todo (KNOCKE e KUKLINKI, 1993; GRANDORI e SODA, 1995).

Além disso, alguns autores indicam que a percepção sobre a natureza inclusiva das redes pode ser parcialmente equivocada. De acordo com Schaap e Van Twist (1999), as redes de políticas públicas também podem ser excludentes. Alguns atores podem ter sua entrada vetada e outros podem ser excluídos. 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. Esses processos de exclusão podem ser deliberados e formais ou informais e inconscientes.

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).

Existe pouca acumulação de conhecimento sobre os aspectos organizacionais e institucionais que estruturam o contexto da implementação das políticas públicas, sendo que esse quadro repete-se 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.

Segundo Pressman e Wildavsky (1973) a implementação de políticas públicas deve ser vista como um processo de interação entre o conjunto das metas e objetivos estabelecidos para influenciar uma determinada questão com o conjunto das ações necessárias para realizá-los. Quando os objetivos de uma política não são alcançados é possível considerar a existência de falhas de implementação causadas pela adoção de uma teoria inadequada sobre o problema ou sobre o processo de construção de políticas sociais. Neste sentido, Pressman e Wildavsky (1973) 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) quando os atores agem para implementar uma decisão, a política entra em uma 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) 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), 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 a sua implementação. 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 do problema 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; BARDACH, 1984). Na dimensão intergovernamental, podem ocorrer 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), 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 localizam-se: 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. Considerando esse 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), 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 disso, 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 as 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 que 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 obtém 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.

Metodologia

Neste estudo, 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).

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. Como técnicas de coleta de dados, utilizaram-se a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a realização de dezoito (18) entrevistas semi-estruturadas, totalizando vinte (horas) de depoimentos, realizadas no período compreendido entre novembro de 2006 e janeiro de 2007. A conjugação destas técnicas permitiu coletar os dados necessários para cumprir os objetivos específicos da investigação: descrever a gênese, a organização e a

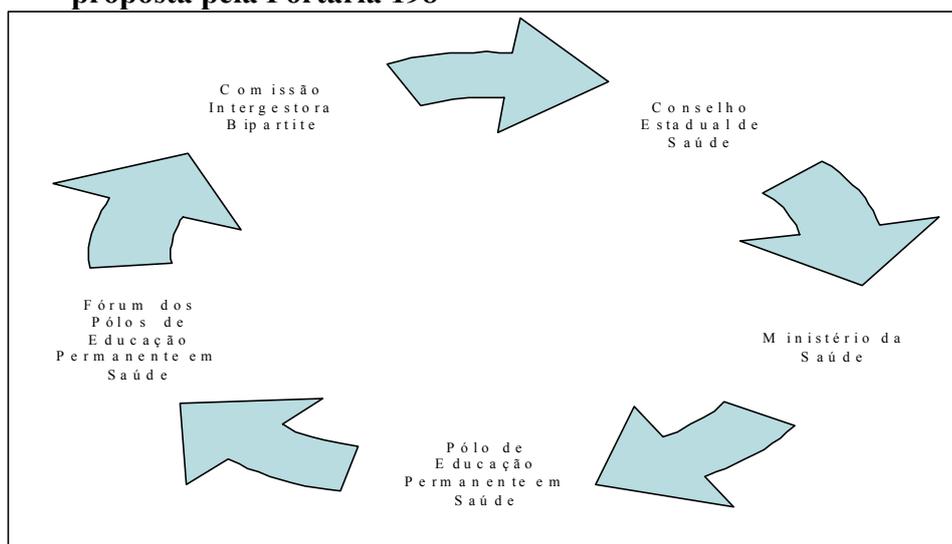
dinâmica do Pólo de Educação Permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MG - Região Macrocentro.

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

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 deva 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), organizados em uma plenária, o Pólo de Educação Permanente em Saúde. 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.

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 – CIB’S; Conselhos Estaduais de Saúde - CES 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 abaixo.

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



Em todo o Brasil, o Ministério da Saúde constituiu cerca de cem Pólos de Educação Permanente em Saúde. Em junho de 2005, estes pólos congregavam um mil, cento e vinte e duas instituições e entidades de representação (1122) (CECIM, 2005, 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/SES-MG; 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.

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 a 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.

As discussões sobre a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, realizadas ao longo de 2003, 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).

Ao mesmo tempo que o Ministério da Saúde, o Estado de Minas Gerais buscou se aproximar dos Municípios, visando assumir o comando da formulação e implementação da política. Para isso, ele convocou um Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde e negociou com o Governo Municipal de Belo Horizonte que esse reconheceria publicamente a autoridade do Governo Estadual para coordenar a formulação e a implementação da Política. Ao organizar seu próprio Seminário de Educação Permanente em Saúde, o Governo do Estado de Minas Gerais 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. O seminário permitiu que a SES-MG afirmasse sua autoridade sobre o SUS estadual, com o apoio do Governo da capital do Estado.

A tensão entre o Governo Federal e o Governo Estadual, que reclamavam 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.

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 governo do 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: da regionalização. E volto a dizer, dentro de um trabalho indutivo. Outro foi essa de criar uma instância de coordenação de natureza estadual, e quando falo de estadual, estou falando de governo do Estado”* (ENTREVISTA 02, 2006).

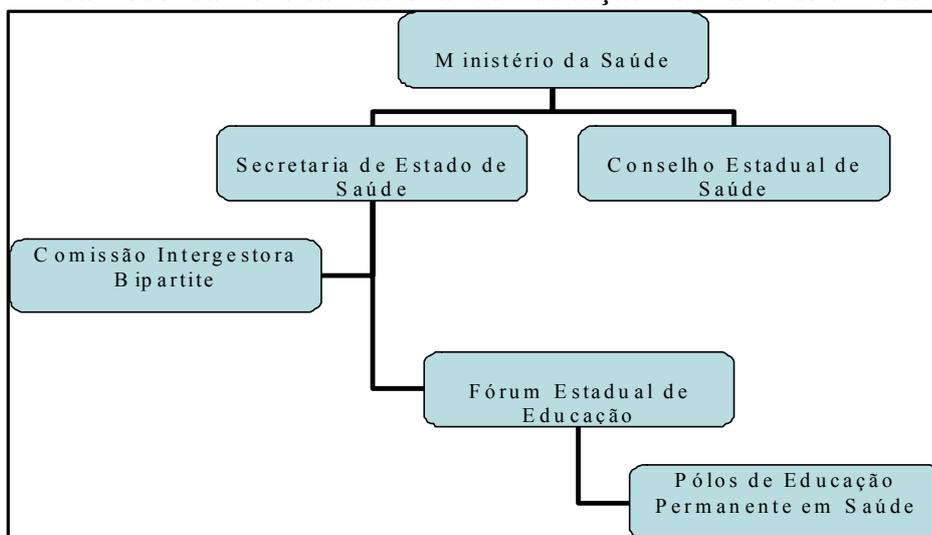
A percepção inicial foi a de que prevalecera a posição dos Estados. O Fórum foi incorporado pela Política Nacional de Educação Permanente para o SUS; Minas Gerais transformou o Fórum em uma plenária dirigida pelo Secretário de Estado de Saúde e coordenada por um departamento da SES/MG subordinado ao 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.

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: 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 aos princípios de auto-organização, autogoverno e relações horizontais que foram pactuados na Comissão Intergestora Tripartite - CIT e no Conselho Nacional de Saúde - CNS, ao longo de 2003 e estabelecido pela Portaria 198. Utilizando a metáfora que possui significado oposto àquela 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”*.

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



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 Fórum se subordinam às instâncias de gestão do SUS que são a CIB e o CES.

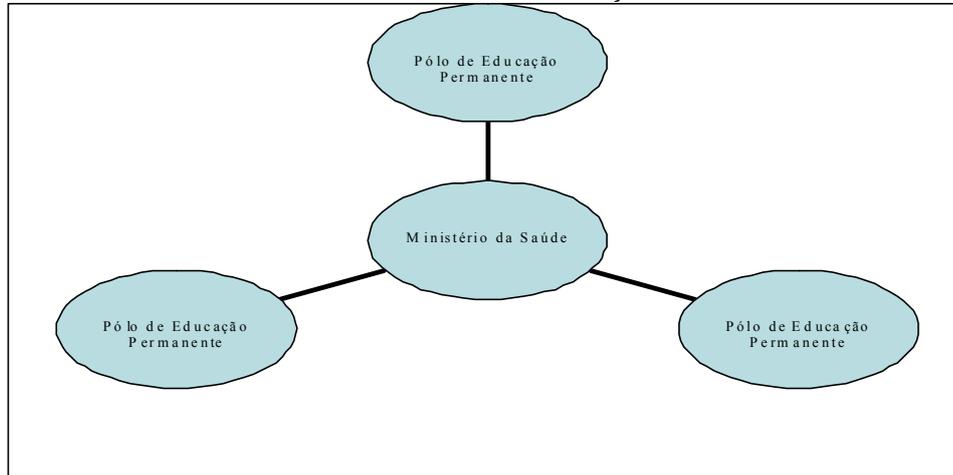
O modelo de relações interinstitucionais hierárquicas estabelecido pelo Governo do Estado de Minas Gerais com os demais atores no interior da Rede colidiu com as expectativas dos demais atores sobre a natureza dos Pólos/Roda de Gestão constituídos para operar a Política. Essas expectativas estavam amparadas pelo discurso do Ministério da Saúde, amplamente divulgados pela própria SGTES de acordo com o qual as “*Rodas de Gestão*” são arranjos horizontais, sem comando vertical e obrigatório, ou seja: “*Não haverá um comando vertical e obrigatório, já que na roda todos podem influir e provocar movimento*” (BRASIL, MS, SGTES, 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. Existe uma segunda percepção, que 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 na figura a seguir: 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 instâncias permanentes, legalmente constituídas e percebidas pelos atores como legítimas, foi uma das causas do colapso da Política. Esse não reconhecimento do Governo Estadual foi identificado em dois processos que ocorriam simultaneamente. No primeiro, os processos administrativos da rede obedecem o fluxo 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 à ação educacional” (ENTREVISTA 02, 2006).

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



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, sendo que cada 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. Essa condução tem sido identificada em algumas reuniões de CIB microrregional, onde se discutem projetos de educação permanente através dos Pólos, nas quais ocorre de municípios informarem que sua demanda já foi atendida diretamente pelo Ministério da Saúde. De acordo com um gestor da SES-MG: *“levanta município e fala assim: - Não! Já teve um consultor do Ministério da Saúde aqui. Nós já estamos realizando nossas capacitações” (ENTREVISTA 08, 2006).*

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, como se percebe nos três modelos de condução que são percebidos por eles. Embora esses modelos sejam organizados pelas idéias básicas de concentração e centralização, as formas pelas quais essas idéias se manifestam é diferente, 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 estabelecer 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 as regiões assistenciais; o segundo é a inversão 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 indica que a política, ao fazer um *by pass* no nível estadual, estabelecendo uma relação bidirecional entre o Ministério da saúde e os pólos, promove uma inversão na definição das competências dos entes que constituem a federação, na medida em que “o Ministério da Saúde e a União não foram feitos para governar município” (ENTREVISTA 02, 2006).

A pesquisa 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 essas quatro dimensões são facilmente discerníveis e que alguns elementos possuem origem nas quatro dimensões.

Na dimensão política identifica-se a não alocação da maior parte dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política, conforme foi determinada pela Portaria 198. De acordo com um gestor da SGTES, o Ministério da Saúde manteve suas principais políticas e programas de formação e capacitação fora da Política. Essas ações eram denominadas extrateto e tinham primazia sobre os projetos dos pólos. 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.

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. 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. A não alocação de recursos financeiros para os pólos sinaliza o afastamento dos dois principais atores da rede. Esse afastamento da União e do Estado foi um reflexo da intensa disputa entre os gestores públicos em torno da definição de quem controla a rede. Na percepção de um dos gestores da SES/MG, esse 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.

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.

O Ministério avalia que o colapso da política ocorreu, principalmente, devido ao desenho institucional e organizacional equivocados. No plano institucional, 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 17,2007). Avalia-se que 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 essas instâncias de gestão com as quais os Pólos concorreram (a Comissão Intergestora Bipartite – CIB e a Comissão Intergestora Tripartite – CIT) são 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 Educação Permanente em Saúde concorreram principalmente com as instâncias acima referidas, é forçoso admitir que os espaços mais democráticos que a Rede da Política buscou criar foram preteridos em favor de instâncias menos democráticas, já institucionalizadas pelo SUS.

No plano organizacional, entende-se que o desenho das estruturas e fluxos administrativos foi inadequado. Os 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 (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). 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 de financiamento, 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.

As sucessivas idas e vindas, os atrasos e os cancelamentos de ações propostas pelos pólos em favor dos Programas e ações do Ministério da Saúde 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 da Saúde que emitia sinais da existência de outros caminhos, para viabilizar as ações de capacitação e educação permanente dos municípios.

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. Esse quadro contribuiu 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 dessa rede de política pública foi disfuncional.

Um dos poucos consensos identificados ao longo da 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). As percepções de que o SUS não pode prescindir de uma Política Nacional de Educação Permanente; que os arranjos em rede são irreversíveis para sua condução; que nenhuma política 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, 2006, p.21).

Esses indicativos apontam para um novo movimento de ruptura e continuidade no tratamento do problema político da Educação Permanente em Saúde. Descontinuidade da Política proposta pela Portaria 198 e continuidade da idéia de Política de Educação Permanente em Saúde, conduzida em bases regionais. Esse processo de construção recursiva, pelo qual a prática social é reproduzida, ao mesmo tempo em que é transformada pelos atores sociais, deve ser compreendido como elemento do processo histórico e dialético de construção social de uma agenda política para o problema da educação em saúde.

Se, por um lado, as dificuldades enfrentadas pelos atores 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 os transformam. 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.

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. 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.

A pesquisa permite 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 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 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.

Nesse cenário, em que se integram considerações sobre o ambiente interno e o ambiente externo à cada rede, há contradição entre o discurso do modelo de rede, para coordenar políticas públicas e, a manutenção de práticas de concentração de poder e de centralização de ações. De acordo com Hayeck (1993) o grau em que o arranjo particular de uma sociedade reflete o equilíbrio entre estas duas esferas de organização, depende dos acordos que os atores sociais celebram no interior de cada cultura. 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 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 foram apenas dois: 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 do Estado de Minas Gerais nunca alocou recursos financeiros para a implementação da política. Isso acarretou que os dois níveis de governo continuassem 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.

A pesquisa também permitiu constatar que a posse de recursos alocativos, particularmente de recursos financeiros, é preponderante para o exercício do controle e para a resolução dos conflitos no setor. O controle pode ser exercido dentro dos limites estabelecidos formalmente

pelos atores sociais através das Deliberações e Pactuações que condicionam a transferência de recursos financeiros, quando isso é do interesse dos atores dominantes ou pode ser exercido através dos instrumentos hierárquicos disponíveis para o Estado brasileiro, quando as relações intergovernamentais envolvem órgãos próprios daquela estrutura de governo. Além disso, têm-se assistido ao emprego de mecanismos de coordenação por intermédio do mercado quando as relações interorganizacionais envolvem a iniciativa privada e, ou órgãos governamentais que são vinculados a outras estruturas de Estado.

Esses achados são convergentes com a premissa da teoria da estruturação e da práxis social de que atores dotados de recursos engendram as estruturas sociais, da mesma forma que são coagidos por elas, sendo, portanto, mutuamente referidos. Ao mesmo tempo, permitem o questionamento sobre quem e em que condição pode se constituir como ator social em um setor que reflete de forma direta as idiosincrasias de uma sociedade tão desigual e autoritária quanto a brasileira.

Referências Bibliográficas

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

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. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM/MS. Política Nacional de Educação Permanente

_____. 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.do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: **Diário Oficial da União**. 16/02/04.

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.

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

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

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

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., 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.

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.

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

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.

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.

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.

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

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).