

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
POLÍTICAS PÚBLICAS

**ANÁLISE DO PROCESSO DECISÓRIO DA CONSTRUÇÃO DE ERRAMENTA
PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS NO RIO GRANDE DO SUL**

Marina do Amaral Schenkel

Porto Alegre

2014

MARINA DO AMARAL SCHENKEL

**ANÁLISE DO PROCESSO DECISÓRIO DA CONSTRUÇÃO DE ERRAMENTA
PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
como exigência parcial para
obtenção do título de bacharela em
Políticas Públicas.

Orientadora: Luciana Leite Lima

Porto Alegre

2014

MARINA DO AMARAL SCHENKEL

**ANÁLISE DO PROCESSO DECISÓRIO DA CONSTRUÇÃO DE ERRAMENTA
PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como exigência
parcial para obtenção do título de
bacharela em Políticas Públicas.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Luciana Leite Lima
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Soraya Maria Vargas Cortes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Letícia Maria Schabbach
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo amor e suporte incondicional.

À equipe técnica da Assessoria Técnica e de Planejamento pela oportunidade de aprendizado e pelo acolhimento no grupo.

À minha orientadora, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, que sempre estiveram presentes.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo decisório do órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde, a partir da formulação de uma proposta de ferramenta de incentivo à gestão. Como estratégia, adotou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, com a coleta de dados por meio de observação participante no período de maio de 2013 a maio de 2014 na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Neste período, pôde-se observar a discussão por meio de reuniões e encontros com diferentes atores na busca pelo desenho da política e tentativa da sua implementação da melhor forma possível. Os resultados da investigação, associados à teoria pertinente, possibilitaram mostrar como as decisões são condicionadas pelo cotidiano da gestão, pelos recursos disponíveis, pelo comportamento dos atores e pelo jogo de poder existente no contexto. Assim, o processo na prática se mostra de forma imprevisível e não linear, além de mais complexo e envolvendo mais elementos do que a teoria propõe.

Palavras-chave: Gestão Pública. Políticas de Saúde. Processo Decisório.

ABSTRACT

The main objective of this research is to analyze the decision-making process of the state governing institution of the Unified Health System, based on the formulation of a proposal for the management incentive tool. As a strategy, we adopted a qualitative research, with data collection through participant observation from May 2013 to May 2014 at Rio Grande do Sul's State Secretariat of Health. Within this the period, we observed the discussion through meetings with different actors in the pursuit of policy design and attempt of its implementation in the best possible way. The results of this research associated to the relevant theory made it possible to show how the decisions are conditioned by the daily management, the resources available, the behavior of the actors and the existing power play in context. Thus, the process in practice is shown in an unpredictable and non-linear way, as well as more complex and involving more elements than theory proposes.

Key-Words: Public Management. Health policies. Decision Making.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ASSTEPLAN Assessoria Técnica e de Planejamento

CIB Comissão Intergestora Bipartite

CIR Comissão Intergestores Regionais

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP Contrato Organizativo de Ação Pública

CRS Coordenadoria Estadual de Saúde

DAS Departamento de Ações em Saúde

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

GT PM&A Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação

IGD-M Índice de Gestão Descentralizada Municipal

igSUSrs Incentivo à Gestão do SUS no Rio Grande do Sul

IR Índice Regional

IVS Índice de Vulnerabilidade Social

MS Ministério da Saúde

MDS Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

PES Plano Estadual de Saúde

PIES Política de Incentivo Estadual à qualificação da Atenção Básica

PLANEJASUS Sistema de Planejamento do SUS

RS Rio Grande do Sul

SGEP Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SES Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	CONTEXTO DO SUS	10
3	MODELOS ANALÍTICOS DE PROCESSO DECISÓRIO	12
4	DESCRIÇÃO DOS DADOS	18
4.1	Contexto Institucional da Secretaria Estadual de Saúde	18
4.2	Antecedentes do igSUSrs	20
4.3	Processo de Elaboração da Ferramenta	21
4.3.1	<i>Reunião Ampliada Como Ponto de Partida</i>	21
4.3.2	<i>Questões Discutidas na Reunião</i>	23
4.3.3	<i>Momento de Assimilar Questões Discutidas</i>	25
4.3.4	<i>Momento de Tentativa de Implementação</i>	26
4.3.5	<i>Continuação da Discussão para Elaboração da Ferramenta</i>	30
4.3.6	<i>Mudanças no Cenário Institucional e Retomada da Construção</i>	32
4.3.7	<i>Discussão com Novos Atores</i>	34
5	ANÁLISE DOS DADOS	37
5.1	Limitações de Recursos	37
5.2	Jogo de Poder do Contexto	40
5.3	Decisões Incrementais	41
5.4	Imprevisibilidade do Processo	43
6	CONCLUSÃO	45
	ANEXOS	47
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o processo decisório da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no nível estadual a partir elaboração da proposta do Incentivo à Gestão do SUS no Rio Grande do Sul (igSUSrs). O processo decisório consiste na fase do ciclo das políticas públicas que acontece depois da formação da agenda e antes da implementação, consistindo na identificação de alternativas, avaliação das opções, e seleção das opções. De acordo com a Teoria da Decisão de Herbert Simon, é um processo complexo e depende ao mesmo tempo das características pessoais do tomador de decisões, do ambiente que ele está envolvido e como ele percebe essa situação (CHIAVENATO, 1983). Dessa forma, a pesquisa busca entender como esse processo funciona no nível das relações cotidianas da gestão, quais fatores que afetam a decisão e o desenho da proposta da política.

A pesquisa foi de natureza qualitativa com o levantamento dos dados através de observação participante, que ocorreu de maio de 2013 a maio de 2014 na Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Durante esse período foi realizado estágio não obrigatório no local, servindo assim como experiência prática durante a graduação. Após a coleta dos dados através de atas e registros das reuniões e encontros em que o tema da pesquisa foi discutido, foram sistematizadas as informações em ordem cronológica para a trajetória do desenho da política e destacados os fatores que influenciaram no processo considerando os modelos analíticos selecionados.

O modelo analítico se baseia na contribuição de Simon no que tange a Racionalidade Limitada, que forma a base das demais abordagens, o Incrementalismo e o *Garbage Can Model*. O conceito de Racionalidade Limitada, da Teoria da Decisão dentro da Teoria Comportamental, contrasta principalmente com os pressupostos da Teoria Clássica e da Teoria das Relações Humanas. Essa teoria, portanto, inclui o aspecto das ciências do comportamento, ressaltando o comportamento individual das pessoas nas organizações (CHIAVENATO, 1983). Já o modelo do Incrementalismo, proposto por Lindblom, questionou ainda mais a racionalidade e incorporou outras variáveis à análise de políticas públicas, como a integração entre as fases do processo decisório sem uma limitação clara entre suas fases como na Teoria das Decisões. (SOUZA, 2006). Por fim, o modelo da “Lata de Lixo” considera que existem muitos problemas e poucas soluções, incluindo os aspectos contingenciais na análise, reforçando o conceito de racionalidade limitada (SOUZA, 2006; MOTTA 2010).

A primeira parte do trabalho apresenta o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual resumidamente apresenta-se a instituição do Sistema, com suas principais diretrizes legais e o histórico de implementação das mesmas, com ênfase na organização e planejamento dos serviços. A segunda parte constitui-se pelo aprofundamento dos modelos analíticos da tomada de decisão nas organizações, para posteriormente entendermos especificamente essa etapa no nível de gestão estadual do SUS. O capítulo seguinte versa sobre a descrição dos dados da observação participante. Com a apresentação da conjuntura mais específica do cenário observado e detalhes das discussões para elaborar a proposta do igSUSrs e as práticas cotidianas que influenciaram no processo decisório. Por fim, analisa-se a tomada de decisão apresentada na descrição dos dados à luz dos modelos analíticos selecionados.

2 CONTEXTO DO SUS

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/99, a partir da concepção de que o Estado deve prover as condições para o exercício da saúde como direito fundamental do ser humano. Além disso, define-se que o dever do Estado consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais a fim de reduzir os riscos de doenças e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem funções específicas determinadas em lei e articuladas entre si, que constituem os três níveis de gestão do SUS. Como princípios preconizados pela legislação do SUS, além da universalização, pode se destacar a integralidade de assistência e a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização e na regionalização e hierarquização da rede de serviços.

Nos primeiros anos de implementação do SUS, os esforços se voltaram para a descentralização e a busca de financiamento, tendo poucas iniciativas de organização dos serviços e reorientação do modelo de atenção à saúde. De acordo com Paim, as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas na legislação ainda se encontram muito incipientes (PAIM, 2009). A organização dessas redes é necessária para tornar mais efetivo e racional o uso dos recursos disponíveis no território, atendendo mais e melhor a população. Dessa forma, caso o município não seja capaz de garantir o atendimento de um caso, observando o princípio da integralidade na atenção, deve estabelecer pacto com outros municípios que disponham dos serviços em outro nível de complexidade do sistema. Assim, como a maioria dos municípios não possui a capacidade de ofertar integralmente todos os serviços, surge a necessidade de construir uma estratégia regional de atendimento. (PAIM, 2009).

Com o intuito de reafirmar a necessidade da organização do território em redes (em regiões de saúde), foi introduzido o Decreto da Presidência da República nº 7.508 em 2011, dispondo sobre a organização do SUS e, entre outros, a articulação interfederativa. A partir do decreto, o debate da regionalização toma força, e no Rio Grande do Sul foi desencadeado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) um processo que resultou nas 30 Regiões de Saúde, (Resolução CIB nº 555 de 2012), além do crescente debate sobre a importância do Planejamento Regional. Assim, cada município tem como responsabilidade pensar na oferta de suas ações e serviços como parte de uma Região de Saúde e planejar a

partir da concepção desse território. Porém, observa-se uma dificuldade tanto de priorizar o planejamento e as atividades da gestão do sistema, que levaria a uma melhor efetividade na organização das ações e serviços oferecidos, quanto de se pensar pertencente a uma Região.

Desencadear o processo de fortalecimento de um planejamento regional nos entes municipais é função da Secretaria Estadual de Saúde, mais especificamente do setor de planejamento. O planejamento regional, portanto, necessita tanto do incentivo estadual quanto do entendimento que é necessário priorizar as atividades de planejamento desempenhadas pelos órgãos gestores do SUS. Assim, nessa conjuntura, o presente trabalho se insere, apresentando a tomada de decisão específica do órgão estadual visando elaborar uma ferramenta que busque fortalecer ao mesmo tempo o planejamento em si, frente as demais funções exercidas, quanto a Região de Saúde.

3 MODELOS ANALÍTICOS DE PROCESSO DECISÓRIO

O processo decisório pode ser entendido como a etapa, considerando o ciclo de políticas públicas, que sucede a formulação de alternativas de solução e antecede a implementação da política. Seria o momento em que os interesses dos atores são equacionados e os objetivos para resolver um problema público são especificados (SECCHI, 2010). O trabalho investiga como se dá o processo decisório na gestão estadual de saúde a partir de uma ferramenta específica. Os modelos apresentados a seguir buscam explicar esse processo a partir de como os atores tomam as decisões condicionadas pelos recursos materiais e cognitivos disponíveis e pelo jogo de poder do contexto, baseados em escolhas já existentes, configurando-se, portanto, de forma desestruturada e imprevisível. Os modelos escolhidos e a análise estabelecida considerando seus aportes teóricos que será apresentada posteriormente partem da ideia que a gestão burocrática não acontece racionalmente de forma linear em único sentido, considerando a complexidade presente do cotidiano e pequenas decisões que acontecem na administração pública. A principal teoria abordada no trabalho tem como base o conceito da Racionalidade Limitada de Herbert Simon, que desencadeou os dois outros modelos: do Incrementalismo e do *Garbage Can Model*. Simon e Lindblom são considerados alguns dos “pais” fundadores da área de políticas públicas (SOUZA, 2006).

Analisando a Teoria Comportamental da Administração, cujo maior expoente é Herbert Simon, Chiavenato (1983) aponta que esta significa o abandono das posições normativas e prescritivas das teorias anteriores: Teoria Clássica, Teoria das Relações Humanas e Teoria da Burocracia. Essa teoria vê a organização como um sistema de decisões, contrastando com as outras teorias que davam mais atenção às ações do que às decisões que às provocavam. Resumidamente, de acordo com a teoria, todos os indivíduos envolvidos no processo participam racionalmente, escolhendo e tomando decisões (CHIAVENATO, 1983).

Para Simon (1965), durante os processos da organização, os atores dispõem de um grande número de ações alternativas possíveis e qualquer uma pode ser selecionada pelo indivíduo. Simon define que o comportamento é planejado quando é guiado por objetivos e metas e é racional quando escolhe as alternativas mais adequadas para a execução das metas estabelecidas anteriormente. Assim, há uma hierarquia das decisões, no que se refere à distinção entre meios e fins, e cada decisão põe em prática objetivos definidos no plano anterior. Ou seja, as alternativas são escolhidas entre as outras disponíveis sendo meios adequados para atingir os fins intencionados. Os fins em si mesmos, entretanto, são

frequentemente apenas instrumentos para conseguir objetivos mais distantes. (SIMON, 1965). Entretanto, a relação entre as atividades desempenhadas na organização e seus objetivos não são evidentes. Muitas vezes esses objetivos são mal formulados, existem contradições internas entre os objetivos desejados e os meios escolhidos para alcançá-los. Simon aponta, ainda, para a relatividade das decisões, uma vez que: “A alternativa finalmente escolhida jamais permite a realização completa ou perfeita dos objetivos visados, representando apenas a melhor solução encontrada naquelas circunstâncias” (1965, p. 6).

Chiavenato (1983) assinala que para a teoria comportamental, sempre há um processo de seleção (ou de escolha de alternativas), e este pode ser uma simples ação reflexiva e “automática”, ou resultado de uma cadeia complexa de atividades conhecidas como planejamento. A decisão se caracteriza pelo processo de análise e escolha do curso que o indivíduo irá seguir entre as várias alternativas disponíveis, em função de suas percepções sobre as situações que enfrentam, sua personalidade, motivações e atitudes. Assim, de acordo com Simon (1965), os indivíduos escolhem de acordo com um ambiente de pressupostos, e estes são as premissas aceitas pelo indivíduo como base da sua escolha, que ele assume subjetivamente e nas quais baseia sua escolha para analisar número muito grande de informações. Portanto, a decisão de qual comportamento será seguido é flexível dentro dos limites desses pressupostos.

Dessa forma, racionalidade pode ser definida como a seleção de alternativas escolhidas de acordo com algum sistema de valores. E essa decisão só pode ser entendida ao escolher meios adequados para atingir fins preestabelecidos, considerando a existência de um ambiente concreto que cerca a seleção de uma alternativa entre várias (SIMON, 1965). Para ser considerada uma decisão dentro da racionalidade objetiva, Simon (1965) define que o indivíduo deve: ter visão panorâmica das alternativas antes da tomada de decisão; considerar todas as consequências de cada possível escolha e tomar o sistema de valores como critério para cada alternativa entre as disponíveis. No entanto, o autor reconhece que na prática as decisões jamais ocorrem nesse ideal de racionalidade objetiva. Isso porque, no comportamento real, como Simon afirma, o indivíduo necessita do conhecimento completo e antecipado das consequências de cada alternativa, essa antecipação é imperfeita e apenas uma parte de todas possíveis alternativas é considerada na tomada de decisão. Assim:

Racionalidade quer um conhecimento completo, e inalcançável, das consequências exatas de cada escolha. O ser humano possui apenas um conhecimento fragmentado das condições que cercam sua ação, e ligeira percepção das regularidades dos fenômenos e das leis que lhe permitiriam gerar futuras consequências com base no conhecimento das circunstâncias atuais. (SIMON, 1965, p. 96).

Como essa racionalidade objetiva ideal não é possível, Simon lançou mão da ideia da Racionalidade Limitada. Que consiste no comportamento racional apenas considerando os aspectos da situação que são percebidos e conhecidos no processo. Os demais aspectos da situação não interferem sobre suas decisões. Os indivíduos, então, tomam decisões racionais apenas em relação aos aspectos da situação que conseguem perceber e interpretar (CHIAVENATO, 1983). Além disso, Herbert Simon destaca que o processo de planejamento se baseia na conciliação em que as alternativas plausíveis que são detalhadas de modo mais aprofundado, mostrando a impossibilidade prática de que todas alternativas tenham um plano com detalhes elaborado (SIMON, 1965).

O conceito da Racionalidade Limitada, proposto por Simon, se baseia na limitação pela informação disponível, pelas características cognitivas dos atores e pelo tempo e recursos limitados de que se dispõem para decidir (MARQUES, 2013). Assim, na tomada de decisão não é possível ter acesso a todas as possibilidades de ação e analisar todas as opções, devido a impossibilidade física do acesso e cognitiva para processá-las. Considerando a escassez de recursos, os gerentes e administradores contentam-se em obter um número limitado de informações, a não busca todas as soluções possíveis para um problema específico e soluções aceitáveis. São decisões satisfatórias, mas não ótimas, considerando ainda a racionalidade, pois os atores procuram soluções para problemas específicos. O modelo leva em conta, portanto, a impossibilidade material de obter todas as informações e as pressões afetivas, culturais e jogos de poder que podem influenciar a tomada de decisão. Não é um processo politicamente neutro ou objetivo (MOTTA, 2009). Secchi aponta ainda que os tomadores de decisão além de sofrerem de limitações cognitivas e informativas, não conseguem entender a complexidade com que estão lidando (SECCHI, 2010).

De acordo com March e Simon (1975), a ideia dos limites da racionalidade busca eliminar a noção que os empregados são apenas um instrumento. Além disso, contrapõem a teoria clássica de organização e a teoria econômica clássica, que não explicam como os tomadores de decisão têm diante de si todas as alternativas possíveis e como fazem a melhor escolha possível. Sobre a preocupação dos atores em diferenciar a descoberta de alternativas satisfatórias e não ótimas, os autores propõem uma comparação ilustrativa: “(...) a diferença entre revistar um palheiro em busca da agulha mais pontuda que nele se encontre e revistar o

palheiro para encontrar uma agulha bastante pontuda para costurar” (MARCH e SIMOM, 1975, p. 198).

Outro ponto que os autores criticam da ideia de racionalidade plena é sobre a sua subjetividade, pois a racionalidade que os seres humanos adotam é relacionada com um conjunto de dados característicos de determinada situação. Ou seja, a escolha de cada indivíduo depende da maneira que os processo afetivos e cognitivos os afetam. Além disso, cada indivíduo atenderia a um número limitado de questões em cada momento. A racionalidade, ainda, está sujeita ao conhecimento de cada indivíduo que é resultado de percepções indiretas, recebidas de outras pessoas, já tendo sido filtradas por estas. Assim, os autores apontam para uma tendência, em função da exposição seletiva aos estímulos do ambiente (MARCH e SIMON, 1975)

No entanto, apesar de entender que a racionalidade desses modelos é limitada, o processo ainda obedece a alguns passos sequenciais, o que Secchi denomina de “padrão ideal de *policy cycle*: definição do problema estabelecimento de objetivos, construção de soluções, decisão sobre alternativas estudadas e assim por diante” (2010, p.41). Esse modelo, apesar inegavelmente contribuir para a construção dos outros modelos, apresenta algumas lacunas que Secchi aponta. Frequentemente o problema a ser resolvido não é evidente para os atores, os objetivos muitas vezes não são claros ou coerentes com o problema, muitas vezes não existem soluções, e, principalmente, não é possível fazer uma comparação imparcial sobre alternativas de solução na maioria das vezes. Nesse sentido, o modelo do incrementalismo contrasta com os modelos racionais de tomada de decisão (SECCHI, 2010).

Lindblom com base no conceito de racionalidade limitada postula o modelo Incrementalista, o qual os gerentes e os administradores têm tendência a serem conservadores no processo de tomada de decisões. Dessa forma, eles costumam adotar soluções parecidas com decisões implementadas no passado, a fim de limitarem os riscos e os erros no processo de tomada de decisões e protegerem a lógica de suas escolhas. Os tomadores de decisão, portanto, são cautelosos no seu processo decisório e procuram evitar rupturas no sistema organizacional e incertezas (MOTTA, 2009). Lindblom rejeitava a ideia de que o processo de decisão se baseie em grandes decisões racionais sobre as políticas, ponderadas a partir da análise exaustiva das alternativas e dos respectivos custos envolvidos e sugeriu que os meios e fins são escolhidos muitas vezes de forma simultânea e o processo de decisão em políticas seria “incremental”, estabelecendo pequenas decisões subsequentes que poderiam ser revertidas com custos relativamente baixos (MARQUES, 2013).

De acordo com Souza (2006), Lindblom assinalava que os investimentos financeiros dos governos que eram destinados para programas, órgãos ou política pública eram decididos não partindo do zero, mas por meio de decisões marginais e incrementais, que não mudam radicalmente mesmo com mudanças políticas. A autora aponta que o Incrementalismo advoga que as decisões do passado constroem as decisões futuras e interferem no quanto que os governos podem adotar novas políticas públicas que produzam mudanças substanciais (SOUZA, 2006).

Cohen, March e Olsen propõem que os processos de tomada de decisão nas organizações são fluidos e desestruturados, através do *Garbage Can Model*. A definição do problema não necessariamente precede a tomada de decisões, podendo ocorrer a partir da invenção de soluções. Assim, as escolhas de políticas públicas são realizadas como se as alternativas estivessem numa “lata de lixo”, existindo muitos problemas e poucas soluções. O problema escolhido dependeria das opções de soluções detidas pelos decisores no momento. Assim como na Teoria das Decisões, a compreensão dos problemas e das soluções, no *Garbage Can Model*, é limitada (SOUZA, 2006).

Sorte, acaso e tempo são fatores determinantes do processo de tomada de decisão, assim, uma solução deve encontrar uma oportunidade para ser implementada e chegar no momento certo. Esse modelo destaca aspectos contingenciais e específicos do processo de tomada de decisões, como propõe a teoria da racionalidade limitada. Mostra como os processos de tomada de decisão e as organizações estão longe de ser bem-estruturados. O processo de tomada de decisões nas organizações é, assim, imprevisível, fluido e contraditório (MOTTA, 2009).

A ideia de Herbert Simon é fundamental para analisarmos os processos da gestão, rompendo com o ideário da racionalidade objetiva distante da realidade e do cotidiano. Mais especificamente suas contribuições que atentam para as limitações materiais, já que é sabido que o Estado detém escassos recursos para muitas políticas e ações, e cognitivas, já que mesmo com número suficiente de servidores trabalhando na gestão, com variadas áreas de formações, não se pode imaginar que seria possível processar todas as informações disponíveis. Ao mesmo tempo, o que Lindblom postula sobre as repetições das soluções adotadas pelos tomadores de decisões, com mudanças “incrementais”, ajuda-nos a elucidar como as políticas muitas vezes são inspiradas em uma ideia que deu certo, porém com

adequações para o problema específico a ser enfrentado. Assim como a ferramenta de qualificação de gestão cuja formulação será analisada na pesquisa. Por fim, o Garbage Can Model traz como contribuição para a análise principalmente os aspectos contingenciais que se observa na administração do Estado, e a imprevisibilidade imposta pelos condicionantes políticos, e muitas vezes temporários, existentes na gestão. Dessa forma, as três teorias nos levam a analisar a etapa de formulação dentro de um fluxo não regular e com muitos elementos não premeditados, resultando talvez não na melhor alternativa existente, mas no que é possível com os limites da gestão pública e dos seus atores protagonistas nesse contexto.

4 DESCRIÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo busca apresentar os dados coletados por meio da observação participante que ocorreu durante o período de estágio não obrigatório na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), no departamento Assessoria Técnica e de Planejamento (Assteplan) entre maio de 2013 e maio de 2014. Durante este período observou-se a busca pela construção de uma proposta consolidada de ferramenta de incentivo à gestão do SUS no estado. Portanto o foco aqui não é apresentar e/ou aprofundar as justificativas para a formulação da política ou seu desenho. Mas mostrar como foi a trajetória na tomada de decisão da política e quais caminhos os atores trilharam para elaborar a ferramenta.

Na primeira parte do texto, será exposto o contexto institucional da SES/RS com vista a esclarecer como o ente estadual se apresentava no momento do processo decisório que está sendo analisado. Em seguida, serão apresentadas as justificativas e motivações do cenário institucional que antecederam à discussão para elaboração da ferramenta igSUSrs. Na terceira parte será aprofundado como a discussão foi alterando a proposta a partir dos diferentes atores e contextos envolvidos, procurando-se apresentar a prática na gestão e o cotidiano na tentativa de elaborar uma intervenção para um problema, utilizando-se, portanto, termos e linguagens adotados naquele cenário.

4.1 Contexto Institucional da Secretaria Estadual de Saúde

O Incentivo à Gestão do Sistema Único de Saúde (igSUSrs) foi elaborado a partir da necessidade de fortalecer a gestão estadual, regional e municipal, somado ao momento oportuno para implementar uma política com este objetivo (demanda política, orçamento disponível e etc.). O incentivo é proposto por meio da transferência de recursos financeiros, escalonados de acordo com critérios que foram considerados influentes para a gestão e mediante a submissão a atribuições e competências estabelecidas previamente e assumidas pelo gestor municipal. Os critérios de distribuição dos recursos estão previstos para serem avaliados, e readequados se necessário, anualmente. O igSUSrs surgiu como uma proposta da Secretaria Estadual de Saúde de instrumento para qualificar a gestão municipal, com olhar transversal e regionalizado para as políticas públicas de saúde do estado. Portanto, é

importante para o entendimento da tomada de decisão da ferramenta entender a instituição, os departamentos e os atores presentes neste contexto.

A SES é o órgão gestor no Sistema Único de Saúde no nível estadual. A ela compete, entre outras, de acordo com o Artigo 17 da Lei 8.080:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; (...) XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; (...) XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada (BRASIL, 1990).

Como visão estabelecida da secretaria, de acordo com o site institucional na gestão durante a experiência do estágio, tem-se: “Alcançar a satisfação e o orgulho dos gaúchos e gaúchas com as ações e serviços em saúde até 2014.” A secretaria conta com os seguintes setores: gabinete do secretário, direção geral, auditoria médica, ouvidoria do SUS, assessoria de planejamento, assessoria de comunicação social, assessoria jurídica e departamentos administrativos, de ações em saúde, de assistência hospitalar e ambulatorial, coordenação das regionais, coordenação dos hospitais estaduais, da assistência farmacêutica, da vigilância em saúde e da escola de saúde pública.

Dentro da SES/RS, o estágio foi realizado na Assessoria Técnica e de Planejamento. A Assteplan assessora tecnicamente o secretário de Estado, a Direção Geral e as diversas instâncias e instituições do sistema de saúde do RS no que se refere ao planejamento, programação, controle e avaliação em saúde, com a finalidade de garantir a implementação da Política de Saúde. Também coordena a elaboração dos instrumentos de gestão como o Plano Estadual de Saúde e do Relatório de Gestão Estadual. A Assteplan conta com cerca de oito técnicos nas seguintes áreas de formação: psicologia, enfermagem, odontologia, contabilidade, análise de sistemas, arquitetura e serviço social.

Mais especificamente a proposta do igSUSrs foi e está constantemente sendo elaborada e revisada pelo GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PM&A), que é um grupo intersetorial dentro da Secretaria Estadual de Saúde que se reúne semanalmente, coordenado pela Assessoria Técnica e de Planejamento. O GT PM&A é aberto para a participação de representantes de todos os setores da secretaria, mas regularmente, os setores os quais participam das discussões são: de ações em saúde, de assistência hospitalar e ambulatorial, da assistência farmacêutica e da vigilância em saúde. O grupo foi instituído por portaria em 2013 e alguns integrantes ainda são os mesmos.

Outra órgão importante consiste nas Coordenadorias Regionais de Saúde. São elas que gerenciam as regiões administrativas que fazem parte da Secretaria Estadual de Saúde, suas sedes são mais próximas aos municípios, auxiliando um agrupamento de municípios nas questões relativas à gestão estadual de saúde. Foram fundadas antes do SUS, através do Decreto 16.773/1964, e de acordo com Guimarães (2013), assumiram um duplo papel desde a sua criação: “gestão do SUS em nível locorregional e espaço estratégico de intensa disputa política, na medida em que estão próximas da realidade cotidiana dos municípios, dos prefeitos, dos Secretários Municipais de saúde” (2013, p. 43- 44).

4.2 Antecedentes do igSUSrs

O igSUSrs foi inspirado no Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M) e partiu da diretoria do Departamento de Ações em Saúde (DAS), em Maio de 2013, para os técnicos da equipe da Assessoria Técnica e de Planejamento e discutida nas reuniões semanais do Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação. O IGD-M trata-se de uma estratégia adotada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para apoiar e estimular os entes federados a investir na melhoria da gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Portanto desde a introdução dessa demanda houve várias discussões sobre como este índice deveria ser elaborado, como seria composto e qual ou quais seriam seus objetivos.

Pode-se ressaltar que a necessidade ou não da formulação da política não foi questionada, pois na opinião dos gestores e trabalhadores aos quais foi direcionada a demanda, a gestão pública precisa ser qualificada urgentemente. Segundo os atores, essa percepção se baseia na precariedade do planejamento e instrumentos de gestão dos municípios (planos, relatórios e etc.) e a constante reclamação sobre a alta rotatividade dos funcionários nos municípios (troca de cargos comissionados e novas capacitações, por exemplo), com a impressão de sempre estar “começando de novo”.

Além disso, outra justificativa usada para a criação do incentivo foi o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), preconizado pelo Decreto 7.508 de 2011. O COAP está descrito no decreto como um:

acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação

de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Dessa forma, para os técnicos da Assteplan, entende-se a assinatura do COAP como um produto de um planejamento regional solidificado e consolidado, para que o Contrato não seja um instrumento vazio que não represente uma real organização de serviços e ações. O COAP, portanto, estabelece os compromissos entre os municípios para formar a região de saúde e oferecer os serviços de saúde no nível regional, visto que a municipalização não é vista mais como suficiente. Entendendo que existe dificuldade dos municípios em gerir o SUS no seu território, acentuada conforme o nível de complexidade de assistência assumido pelo ente, o igSUSrs foi elaborando pensando em qualificar essa gestão do nível local e incentivar o planejamento no nível regional. Ou seja, ao mesmo tempo em que a ferramenta fortalece a gestão frente às outras atividades desenvolvidas pelo município, procura-se incluir mecanismos que estimulem o estabelecimento do território da Região de Saúde, contemplando o COAP.

4.3 Processo de Elaboração da Ferramenta

A partir da caracterização da Secretaria, com os atores e motivações presentes nesse momento de tomada de decisão, o processo de construção do igSUSrs se estruturou com muitos encontros e reuniões. Nesses encontros, as questões foram discutidas e incorporadas ou descartadas na proposta, muitas vezes se repetindo com a entrada de atores diferentes ou do recorte temporal. As discussões aconteceram em reuniões regulares semanais do Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação e em reuniões esporádicas com pauta específica para elaborar o instrumento, através de agendamento de um evento e convite de outros atores externos à equipe do Grupo de Trabalho.

4.3.1 Reunião Ampliada Como Ponto de Partida

Durante o mês de Maio de 2013, foram realizadas reuniões sistemáticas do GT PM&A a fim de obter uma proposta para ser debatida em uma reunião ampliada durante dois turnos do dia em um local fora do lugar de trabalho com convidados além dos participantes do

Grupo de Trabalho. Essa imersão foi agendada a partir de recursos do planejamento e de licitação, sendo então um evento (com *coffe break* e almoço para os participantes). A reunião foi organizada com o objetivo geral de discutir estratégias de monitoramento e avaliação para o SUS no Rio Grande do Sul à luz do Decreto 7.508/2011, com vista a desenhar uma proposta de instrumento de trabalho para a qualificação desse processo no âmbito da gestão estadual. Além dos componentes da SES já representados no GT PM&A, foram incluídos outros atores de outros departamentos da SES que possuíam experiência em construção de índices e servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), os quais tem contato maior com a realidade e as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais do SUS. A reunião contou com cerca de 20 pessoas ao todo.

No encontro em forma de imersão do dia 14 de Maio de 2013, o índice de gestão do SUS do RS tinha a seguinte definição: O igSUSrs deveria ser construído como um indicador sintético, objetivo e transparente que associa o repasse de recursos financeiros ao processo de monitoramento e avaliação, incentivando boas práticas de gestão regional e municipal do SUS.

Além disso, o índice deveria aferir a qualidade da gestão municipal e regional do SUS no Rio Grande do Sul. Com base nos resultados apurados por intermédio do igSUSrs, os municípios receberiam recursos financeiros para investir em atividades voltadas para a gestão. Para estimular a discussão e interesse pelo assunto dos participantes dessa reunião, foram apresentadas ainda as “funcionalidades” do índice, as quais eram: “Medir” a qualidade das ações empreendidas, refletindo o desempenho de cada gestão municipal e regional; Incentivar os municípios e as regiões de saúde à obtenção de resultados qualitativos no que diz respeito à gestão do SUS; e compor a base de cálculo do montante de recursos que cada município deve receber a título de apoio financeiro.

Pode-se observar também, que a intenção dos técnicos da Assteplan era de que os municípios, em posse desse recurso financeiro com o objetivo de qualificar a gestão, haveria consequentemente o fortalecimento das equipes municipais de gestão do SUS. Desejando ainda promover indução do planejamento regional integrado, bem como ações de monitoramento e avaliação municipal e o aperfeiçoamento dos processos de gestão municipal, visando garantir a permanência de servidores municipais nos processos de gestão e a

¹ Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

continuidade do processo ao longo do tempo. Ou seja, o município em posse de mais recursos teria mais chances de resolver o que era considerado problema de gestão.

4.3.2 Questões Discutidas na Reunião

A principal questão proposta para ser discutida durante o encontro do dia 14 de maio de 2013 foi quais seriam os fatores que iriam compor a base de cálculo para o índice, assim como do IGD-M (quadro 1). Sendo esta a proposta: Fator 1 – Indicadores para avaliar a Gestão (indicadores de saúde); Fator 2 – Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação no município; Fator 3 – Instrumentos de Gestão (Plano, Programação e Relatórios) Fator 4 – Monitoramento e Avaliação da Região de Saúde; Fator 5 – “vulnerabilidade de gestão”.

Quadro 1- Valores correspondentes aos fatores do IGD-M

Fator	Condição	Valor
<i>I</i>	As taxas TCQC, TAC, TAFE, TAAS superiores a 0,20 e resultado do Fator I (IGD-M) superior a 0,55	O próprio IGD-M
	As taxas TCQC, TAC, TAFE, TAAS inferiores a 0,20 ou resultado do Fator I (IGD-M) inferior a 0,55	
<i>II</i>	Aderiu ao Suas	1
	Não aderiu ao Suas	0
<i>III</i>	Informou no SuasWeb a comprovação dos gastos do IGD-M	1
	Não informou no SuasWeb a comprovação dos gastos do IGD-M	0
<i>IV</i>	CMAS informou no SuasWeb a aprovação total dos gastos do IGD-M	1
	CMAS não informou no SuasWeb ou aprovou parcialmente	0

Fonte: BRASIL, 2014, p. 17.

Para definir o Fator 1, foi analisado em conjunto todos os 67 indicadores de saúde (Anexo 1) propostos pelo Ministério, a fim de selecionar quais responderiam direta ou indiretamente a uma boa gestão do SUS. No entanto, nessa parte ocorreram algumas discordâncias, pois alguns entendiam que qualquer indicador que representasse uma boa situação de saúde era resultado de uma boa administração (como os indicadores redução de internações por causas sensíveis à atenção básica e percentual de municípios da região de saúde que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios). Outros entendiam que deveriam compor o índice apenas os indicadores diretamente ligados à gestão, tais como Proporção de Planos de Saúde municipais enviados ao Conselho Municipal de Saúde e Proporção de vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública. Assim, 21 indicadores foram selecionados, sendo sete com

a necessidade de pesquisar como é calculado e dois de averiguar com a área técnica se estes são relevantes.

Com relação ao Fator 2, do processo de Monitoramento e Avaliação implementado no município, o grupo entendeu que neste fator deveria conter também os instrumentos de gestão, de maneira clara e objetiva: Plano Municipal de Saúde enviado para o Conselho de Saúde, Programação Anual de Saúde apresentada no Conselho de Saúde, Relatórios Quadrimestrais apresentados em Audiência Pública na Câmara de Vereadores e Relatório Anual de Gestão enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do corrente ano, pois fazem parte do processo de Monitoramento e Avaliação do SUS. Portanto o Fator 3 passou a fazer parte do Fator 2. Além disso, discutiu-se a necessidade de uma equipe dedicada ao Planejamento, Monitoramento e Avaliação, e, ao mesmo tempo, se os municípios de pequeno porte teriam esta capacidade.

O fator 4, referente ao Monitoramento e Avaliação do território da Região de Saúde, corresponderia a um incentivo para induzir o processo que desencadearia o COAP legitimado pelo Decreto 7.508. Ou seja, ao estimular processos que direcionados para a Região, e não apenas para cada município de forma individualizada, provocaria o planejamento no nível regional. O que, posteriormente, se traduziria no termo do COAP, sendo além de um simples documento, mas efetivamente funcionando. O fator 4 foi complementado com os seguintes itens: Frequência de participação do município nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) - composta por gestor e equipe técnica; 80% das Secretarias Técnicas, que consistem em reuniões essencialmente técnicas que antecedem a CIR, em funcionamento; Plano Regional de Saúde discutido e aprovado pela CIR, Indicadores Regionais; e elenco mínimo das ações e serviços de saúde definido pelo Estado, consoante ao Decreto 7.508/2011. Dentro dessa linha de olhar para a região de saúde, sugeriu-se, mas não foi incorporado à proposta neste momento, que o índice deveria corresponder à região, mas o recurso ser passado aos Fundos Municipais.

Quanto ao fator 6, da “Vulnerabilidade da gestão”, foi elaborado pelo grupo a partir da discussão de pano de fundo do índice de gestão. Questionou-se se deveriam ser premiados os municípios que estão com o que se considera uma boa gestão, ou estimular financeiramente os que possuem mais dificuldade, pensando na equidade entre os municípios. Nesta questão, acabou por haver, então, dois posicionamentos: (1) que se deveria estimular “quem faz direito para cada vez fazer melhor” e os “mal-colocados” receberiam um plano de intervenção e um incentivo inicial que aumentaria gradualmente de acordo com sua melhora

na gestão, premiando os que estão fazendo “certo”, pois, de acordo com a visão da equipe técnica representada pelo GT PM&A e demais participantes da reunião, alguns municípios acabam deixando a gestão como a última coisa a ser pensada e (2) que se deve ter um olhar que considere o oposto, “quem está pior ganharia mais recursos”, assim um dos fatores levaria em conta a iniquidade existente entre eles.

Dessa forma, foi ponderado que pelo menos um desses fatores deveria ter o peso inverso; ou seja, quanto mais vulnerável, mais recursos este município mereceria. Para compor este fator, foram acordados os seguintes aspectos, entre os já previamente propostos e os que surgiram durante a reunião: Vínculos protegidos na gestão pública do SUS, devido à inexistência de pessoal com permanência nas atividades de gestão (alta rotatividade); Percentual de execução de recursos SUS (independente da fonte), conforme Lei Complementar 141, devida a baixa execução financeira nos municípios; Se o gestor do Fundo Municipal de Saúde é o Secretário Municipal de Saúde; Intersetorialidade (ações ou projetos intersetorias no município); Alimentação regular dos sistemas de informação de competência do município e Informatização da rede municipal de saúde (infraestrutura e rede lógica).

Durante o encontro, sugeriu-se trazer um especialista na área de avaliação de políticas públicas para analisar a proposta do igSUSrs. No entanto, a equipe técnica optou por fechar a proposta antes de avaliação externa. Outra questão que surgiu durante este encontro de maio, mas não foi levada em consideração naquele momento, foi a elaboração de critérios de acompanhamento para avaliar a gestão e a questão do repasse por região de saúde. Destaca-se desse encontro que muitos encaminhamentos acabaram sendo deixados de lado; muitas sugestões apenas foram levantadas, mas não foram incorporadas na ferramenta.

4.3.3 Momento de Assimilar Questões Discutidas

Após a discussão mais aprofundada do dia 14 de maio de 2013, retornou-se às reuniões semanais regulares do GT PM&A para incluir na proposta novas sugestões e consensos. Apesar da inclusão do tema como pauta em diversas reuniões do Grupo de Trabalho, a pauta foi constantemente adiada em função de outras demandas urgentes com prazos legalmente definidos, como relatórios de gestão e pactuação de indicadores. Sugeriu-se também, muitas vezes, o agendamento de reuniões específicas para dar andamento ao assunto,

e inclusão de atores e profissionais estratégicos para auxiliar na proposta. No entanto o tema de discussão do igSUSrs foi frequentemente deixado em segundo plano.

A partir do momento que se retomou a discussão de 14 de maio de 2013 nas reuniões do GT, em julho de 2013, o índice começou a ser tratado como uma: “ferramenta de promoção e fortalecimento da gestão do SUS”. E o recurso do igSUSrs seria repassado pelo Tesouro do Estado aos Fundos Municipais de Saúde, com a finalidade de: (1) Fortalecer as equipes municipais de gestão do SUS; (2) Induzir o planejamento regional integrado, bem como ações de monitoramento e avaliação municipal; (3) Aperfeiçoar os processos de gestão municipal, visando garantir a permanência de servidores municipais nos processos de gestão e a continuidade do processo ao longo do tempo; (4) “Medir” a qualidade das ações empreendidas, refletindo o desempenho de cada gestão municipal e regional; e (5) Incentivar os municípios e as regiões de saúde à obtenção de resultados qualitativos no que diz respeito à gestão do SUS.

Além dessas definições conceituais sobre o igSUSrs, foi introduzida a seguinte estratégia para sua implementação: Todos os municípios receberiam um incentivo inicial para gestão (piso mínimo) que corresponderia a 40% do recurso, os outros 60% do recurso seriam repassados de acordo com dois momentos. Num primeiro momento, os municípios que seriam considerados mais vulneráveis, através da análise dos Fatores do igSUSrs receberiam maior aporte de recursos. Então uma avaliação sobre a evolução da gestão nos municípios que foram considerados mais vulneráveis (de acordo com plano de intervenção) seria realizada para que num segundo momento os municípios que desenvolveram uma “boa gestão” tivessem a possibilidade de atingir 100% dos recursos.

4.3.4 Momento de Tentativa de Implementação

Um grande passo foi dado, em termos de andamento e consolidação da ferramenta do igSUSrs, quando surgiu a possibilidade de apresentar a política para o Secretário estadual de saúde, em outubro de 2013. Existia a intenção por parte do gestor de solucionar problema de caixa dos municípios: com a aproximação do fim do ano, havia uma queixa dos gestores municipais sobre a falta de repasse do estado para os municípios. Aproveitando a vontade política de repassar recursos financeiros para os fundos municipais de saúde, a equipe técnica do planejamento fez um movimento para utilizar a proposta do igSUSrs e assim resolver esse problema, ou seja, implementar a ferramenta.

No entanto, a proposta igSUSrs visava que este recurso induzisse o fortalecimento da gestão com uma forte sistemática de verificação dos resultados. Portanto, o repasse do dinheiro para solucionar problema de caixa municipal não cumpriria o objetivo da política. E, caso o recurso fosse aplicado como postulado pelo igSUSrs, não resolveria o problema de falta de orçamento dos municípios no fim de ano. O recurso da ferramenta deveria ser aplicado para qualificação da gestão, não onde há ausência de recurso para assistência, como, por exemplo, pagamento de hospitais ou consultas.

Nesse período, de tentativa de implementar a ferramenta, em torno de outubro de 2013, o objetivo definido para o índice era: Qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS no Rio Grande do Sul, incentivando ações que promoveriam o planejamento, o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde em âmbito regional e municipal. Como argumentação para convencimento do gestor, lançou-se mão de questões como o incentivo sendo a ferramenta estimular o planejamento regional e implementação do COAP. E de ter sido construído a partir de diagnóstico com as Coordenadorias Regionais, levando-se em consideração pontos críticos com relação à indução do planejamento regional e tendo apelo político e apoio das Coordenadorias Regionais.

Vale destacar que, também nesse período, as justificativas para o incentivo tornaram-se mais explícitas para o convencimento do gestor, contemplando o que foi identificado como problema a ser enfrentado e razões políticas. São estas: (1) Os municípios têm assumido níveis mais complexos de gestão; (2) O fortalecimento da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde e a ampliação dos incentivos para a Atenção Secundária e Terciária no Estado, com consequente descentralização dos serviços; (3) A necessidade de qualificar a gestão administrativa nos municípios, em função da implantação de tecnologias da informação e E-SUS demandam apoio para a gestão; e (4) A experiência do Ministério de Desenvolvimento Social com a criação de Índice de Gestão (IGD-M).

Em certo momento desse período, a equipe técnica começou a pensar a partir do que seria considerado uma boa gestão e o que deveria ser contemplado pelo índice, tanto para base de cálculo quanto como responsabilidade assumida pelo ente, resultando sinteticamente no quadro a seguir.

Quadro 2: Itens do que foram considerados “boa gestão”.

Boa gestão:	Elementos que deverão ser contemplados:
Atingimento do universo de indicadores pactuados	Indicadores Pactuados (município e região de saúde);
Uso dos instrumentos de gestão	Instrumentos de Gestão do SUS (PS, PAS, RG Quadrimestral e Anual);
Olhar para a região de saúde	Região de Saúde (participação dos municípios na CIR, SETEC, planejamento regional);
Relações do Trabalho/Permanência nos vínculos	Vínculos de trabalho protegidos.

Fonte: Elaboração própria com base em RIO GRANDE DO SUL, 2014.

Foi também nesta época, que se abandonou a ideia de construção de “índice” com a função de aferir a gestão para “Incentivo a Gestão do SUS do Rio Grande do Sul” (mantendo-se a sigla igSUSrs). Assim, ao invés de fatores para comporem o índice, passou a pensar-se em cálculo do montante a ser repassado aos municípios. Essa mudança ocorreu com a intenção de não apenas medir como está a gestão, o que poderia indicar algum nível de competitividade entre os municípios, havendo uma hierarquia com o resultado do índice. O inventivo, por outro lado, passa a ideia de repasse de recurso com um objetivo. Neste novo método de rateio do recurso, levou-se em consideração justificativas e responsabilidades do que deveria ser melhorado como produto de uma boa gestão, resultando nos seguintes itens com os respectivos percentuais apresentados no quadro a seguir.

Quadro 3: Percentuais para divisão do recurso.

Equipe mínima de gestão	60% do valor total distribuído de forma igualitária a todos os 497 municípios, como forma de incentivo a manutenção de uma equipe de gestão permanente.
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos ²	10% do valor total multiplicado pelo coeficiente da população do município e pelo percentual de vínculos protegidos no município
Cobertura de ESF	Para o teto municipal foi considerado 15% do valor total multiplicado pelo coeficiente populacional do município. Para o valor a ser repassado: foi utilizado o critério previsto em resolução da CIB que estabelece um percentual de cobertura mínima para a ESF de acordo com o porte populacional do município.
Descentralização da Gestão	15% do valor total multiplicado pelo coeficiente da população do município multiplicado pelo peso da descentralização (0,2 pontos para município assumiu a gestão de um ou mais serviços ambulatoriais públicos e/ou privados localizados em seu território; 0,50 pontos para município assumiu a gestão de todos os serviços ambulatoriais públicos e privados localizados em seu território e 1 ponto para município assumiu a gestão de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território).

Fonte: Elaboração própria com base em RIO GRANDE DO SUL, 2014.

² De acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas, os Vínculos protegidos é a classificação dos vínculos protegidos e desprotegidos baseada nos critérios de existência de proteção social e cobertura legal dos contratos de trabalho. Na esfera pública, segundo o CNES, serão considerados vínculos empregatícios protegidos (com garantia dos direitos trabalhistas): Vínculos diretos: – estatutário: cargo público (Lei nº 8.112/1990); – emprego público: CLT, cargo comissionado e contratos temporários; Vínculos indiretos: – contratos por prazo determinado ou indeterminado intermediados pela esfera privada. Observações: Segundo o CNES, não são considerados vínculos protegidos: contratos tácitos, pagamento de pessoa jurídica, pagamento de autônomos e trabalhadores contratados por cooperativas. Desconsiderar no cálculo os trabalhadores cadastrados no CNES nas seguintes modalidades: estágio (Lei nº 11.788/08), residência, bolsa, e voluntário (Lei nº 9.608/98), pois elas não caracterizam vínculo empregatício (protegido ou desprotegido) (BRASIL, 2014, p. 129).

No entanto, apesar da tentativa de convencimento do gestor estadual para a implementação do igSUSrs, este ainda se mostrava receoso, já que o resultado do investimento financeiro não era tão “concreto”. Ou seja, havia a preocupação política que a visibilidade de onde o recurso foi investido não fosse reconhecida.

Apesar do não convencimento do Secretário de Saúde da implementação da proposta nessa oportunidade, a ideia não foi descartada pelo gestor, não sendo interrompida, portanto, a discussão. Além disso, a diretoria da Assteplan reservou espaço no orçamento do ano de 2014 para o repasse financeiro do igSUSrs.

4.3.5 Continuação da Discussão para Elaboração da Ferramenta

Outra discussão trazida pelo Incentivo foi como o recurso deveria ser aplicado para obter os resultados desejados, que visam o fortalecimento da gestão. Chegando-se a alguns critérios definidos pelo grupo técnico da Assteplan. A aplicação dos recursos deveria se dar exclusivamente em ações que promovessem a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e prioritariamente naquelas que fortalecessem a Região de Saúde na qual o município está inserido. Elencou-se em que tipo de ações:

- a) Remuneração de Recursos Humanos, desde que este recurso seja utilizado para implantar novas equipes ou ampliar aquelas já existentes, tendo em vista qualificar a gestão;
- b) Educação Permanente em Saúde, desde que para o desenvolvimento e execução de projetos sintonizados com as práticas gestão do SUS;
- c) Contratação de consultoria, aquisição de equipamentos, aquisição de software, bem como medidas relacionadas aos critérios do cálculo e o cumprimento das responsabilidades propostas no igSUSrs.

Além disso, havia a sugestão de algum percentual destinado especificamente para despesas de capital necessárias para bom funcionamento das equipes de gestão, no entanto este último critério acabou sendo descartado. A definição de sugestões no que se poderia utilizar os recursos decorreu em parte pela preocupação que o recurso seria aplicado diretamente na assistência, como em compra de procedimentos de atenção secundária e terciária ou compra de medicamentos de qualquer espécie.

Para dar continuidade na proposta, foi incluída a pauta do igSUSrs no encontro com as coordenadorias que estava sendo organizado para início de novembro de 2013. As CRS têm um papel muito importante no fornecimento de informações sobre o que acontece

nos municípios, sobre as dificuldades e possíveis causas para o que é identificado como problema na gestão, fornecendo legitimidade nas soluções selecionadas para problemas enfrentados.

Além disso, o agendamento de um evento representa um meio para dar continuidade na discussão, que por períodos do tempo é esquecida e precisa ser resgatada. Obrigando, dessa forma, a leitura do material produzido até o momento, para “refrescar a memória”. Quando isso acontece, muitas vezes, surgem novas ideias e sugestões, até mesmo aquelas que já foram descartadas, superadas ou incorporadas no desenho da ferramenta.

Durante o encontro com as Coordenadorias, nos dias 7 e 8 de novembro de 2013, foram levantadas algumas questões sobre a proposta do incentivo apresentado. Uma delas, por parte de trabalhadores das CRS, referia-se a necessidade do incentivo ser repassado mediante a adesão do município e com apresentação de um plano de trabalho onde fosse descrito o que seria realizado com o recurso. No entanto, essa sugestão não foi consenso no grupo presente na reunião, pois se considerava que o incentivo não se destinava a um modelo diferenciado de gestão, mas para cumprir o que já deveria estar sendo feito e preconizado em lei. O igSUSrs não estaria propondo nenhuma obrigação nova. Além de considerar que os municípios, ao trabalharem para implantar as Redes de Atenção à Saúde, vêm aderindo a diversos Termos de Adesão, e que haveria 497 novos planos de trabalhos para serem avaliados detalhadamente quanto a sua elaboração e cumprimento e os gestores estaduais (tanto no nível central quanto das CRS) não poderiam realizar esta tarefa. Assim foi proposto, pela parte de alguns integrantes do GT PM&A e dos técnicos da Assteplan, utilizar os instrumentos de gestão do SUS que já existem para monitorar este recurso. Ou seja, as ações deveriam ser previstas nos Planos e avaliadas nos Relatórios de gestão, sem a elaboração de outro documento especificamente para este fim.

Outra questão amplamente discutida foi em relação à manutenção de uma equipe mínima dedicada para a gestão (a qual se destina 60% do recurso dividido igualmente entre todos os municípios). A discussão se dividiu à medida que alguns se preocupavam que em municípios de pequeno porte era impossível ter uma equipe voltada exclusivamente para a gestão, devendo ser prioritária e fazer outras atividades também. Por outro lado, argumentavam que a gestão é uma atividade muito complexa e deveria haver pelo menos uma pessoa responsável, por exemplo, pela alimentação dos sistemas e monitoramento de indicadores. Outro ponto discutido é sobre a formação dos membros da equipe, se deveria ser voltada para a saúde (como enfermagem e medicina) ou voltada para administração (como

contabilidade e administração) e qual deveria ser o vínculo empregatício dos membros da equipe da gestão. Acabou optando-se por uma equipe exclusivamente dedicada à gestão, mesmo que seja só um trabalhador em municípios muito pequenos, com pelo menos um concursado sem área de formação definida.

Durante o encontro de início de novembro, também houve a inclusão do critério da vigilância na distribuição do recurso e diminuição da Cobertura do ESF e do percentual de vínculos protegidos. O novo cálculo do repasse de recursos pode ser observado no quadro 4, em que somente no critério “equipe mínima” todos os municípios recebem o mesmo valor, os outros percentuais são de acordo com o coeficiente populacional.

Quadro 4: Novos percentuais para divisão do recurso.

Equipe mínima – não condicionada ao porte populacional	60%
Percentual de vínculos protegidos	10%
Cobertura ESF	10%
Descentralização da Gestão	10%
Vigilância	10%

Fonte: Elaboração própria com base em RIO GRANDE DO SUL, 2014.

4.3.6 Mudanças no Cenário Institucional e Retomada da Construção

Após a solidificação da proposta com as mudanças advindas do encontro com as coordenadorias de 6 e 7 de novembro de 2013, ainda não se conseguiu que a proposta fosse aprovada pelo gestor, pois havia o receio do repasse do recurso sem um resultado concreto imediato. Nesse período ocorreu a troca de secretário de saúde (em dezembro de 2013), sendo a nova gestora a antiga diretora do Departamento de Ações em Saúde (DAS), da qual havia sido demandada a elaboração de um incentivo a gestão, inspirado no IGD-M. Assim, apesar do momento apresentar-se favoravelmente a implementação da política, esta não ocorreu, mesmo com a garantia do recurso no orçamento de 2014 e com a nova Secretária de Saúde de acordo com a elaboração da proposta da ferramenta.

Em 14 de maio de 2014, foi marcada uma segunda reunião ampliada com membro do GT PM&A e outros funcionários da SES/RS. Nesta, ocorreu uma retomada da ideia da ferramenta através de um panorama/trajetória da formulação da proposta do igSUSrs e leitura coletiva da última versão da nota técnica. Sobre o principal objetivo que embasa a ferramenta, começou-se a se a questionar se o foco é nas dificuldades dos pequenos municípios (mesmas “queixas”, mudança de funcionários com frequência, sem permanência da equipe) ou se se obtém maior impacto no estado se mudar e incentivar os municípios de grande porte.

Um ponto que suscitou discussões novamente foi sobre a equipe mínima da gestão, sugerindo-se detalhar mais como esta deveria ser composta, como por exemplo, de acordo com porte populacional e uma pessoa desvinculada da assistência e vinculada só à Gestão. Outro ponto que também foi retomado é a questão de como seriam monitorados os fatores que influenciam a qualidade da gestão, priorizados na composição da ferramenta, com grande preocupação do grupo no que pode ser acompanhado posteriormente.

A questão da utilização ou não de sanções para caso o município não atingisse a meta pactuada também foi discutida na reunião. Como por exemplo, suspensão de recurso financeiro, mas não se chegou a um encaminhamento quanto a isso. Sugeriu-se, também, que se alterasse o método de cálculo do repasse, alterando-se o percentual destinado a equipe mínima, visando diminuir a diferença entre o maior e o menos montante de recurso a ser distribuído.

Havia uma preocupação com o impacto do repasse do recurso e se uma mudança de modelo seria provocada com esse recurso por parte de alguns participantes da reunião. Alegando-se que só se poderia visualiza-se alguma mudança na prática ao estar mais presentes no território dos municípios. Por outro lado, argumentou-se que o igSUSrs foi pensado como mecanismo para garantir Monitoramento e Avaliação, que o dinheiro que estaria sendo aplicado em saúde faça sentido e que talvez poder-se-ia pensar que para monitorar o igSUSrs deveria estar presente no território. Mesmo não garantindo que se “mude modelo” com o recurso, discutiu-se que ter recurso destinado especificamente para gestão/planejamento faz diferença, como no estado observou-se com a implantação do PlanejaSUS (um recurso federal para o estado investir em planejamento), aumentando-se a capacidade para realização de eventos, reuniões e etc. por exemplo.

Foi um consenso entre o grupo que se deveria descomplexificar/simplificar a proposta do igSUSrs, para o estado conseguir acompanhar sua implementação e avaliar seu efeito na gestão.

Discutiu-se a importância da linha de base para entender a realidade dos municípios quanto à gestão do sistema. O grupo reforçou a necessidade de se realizar o questionário com esse intuito, como o realizado para o PlanejaSUS em 2007 e comparar os resultados (2007 e 2014). Como a discussão do parágrafo anterior, esta também não passou de uma ideia que não foi aprofundada durante a reunião. Apenas destacou-se que é importante e deveria ser realizado.

Um ponto muito importante que reapareceu durante esta reunião, de 14 de maio de 2014, foi sobre a abertura da proposta a outras entidades como Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (representando os municípios), Conselho Estadual de Saúde (representando o controle social) e Grupo de Trabalho da Secretaria Técnica referente ao Planejamento. Novamente, essa ideia foi considerada importante por todos no grupo, mas acabou sendo “deixada de lado” num primeiro momento, para abrir a proposta após consolidá-la e ter mais domínio sobre os itens não consensuais entre a própria equipe que está elaborando a ferramenta.

4.3.7 *Discussão com Novos Atores*

Após a reunião do dia 14 de maio de 2014, retomou-se a discussão dia 19 de maio 2014, através de uma conversa com atores do Ministério da Saúde. Essa conversa foi articulada primeiramente pela secretária estadual de saúde, que havia apresentado superficialmente a ferramenta em uma ocasião não prevista e após pela diretoria do setor de planejamento. Havia sido agendada uma visita presencial do ministério à secretaria estadual, que foi adiada pelo ministério por conflito de agenda e depois substituída por uma conversa à distância. Portanto esta reunião do dia 19/05 foi via *Skype*, com recursos materiais improvisados e com algumas falhas técnicas durante a conversa. Vale destacar também que antes da reunião com o Ministério da Saúde houve uma conversa entre os técnicos da equipe de planejamento que participaram da reunião do GT PM&A do dia 14 de maio e a diretoria do setor. A nota técnica sobre o igSUSrs foi compartilhada na tela via *Skype*, aparecendo na tela do computador tanto do grupo da SES quanto do Ministério de Saúde. Podemos dividir esta reunião em duas partes:

(1) Questionamentos, Apontamentos e Sugestões do Ministério da Saúde: O Ministério da Saúde destacou que era muito importante esse processo de construção do Rio

Grande do Sul e que o estado lidera discussão de regionalização. Os funcionários do Ministério da Saúde indagaram sobre alguns pontos que precisavam ser definidos. Como a parte da equipe mínima, pois esta depende da complexidade do município e das funções exercidas na sua gestão. Questionou-se porque não se utilizou outros índices que já foram criados. Após maior aprofundamento nos detalhes dos objetivos do Incentivo, eles assinalaram que o igSUSrs reflete necessidades específicas da gestão do estado. Por fim, abordou-se o tema do incentivo ao território da Região de Saúde, como forma de assinar o COAP. Ministério considerou “muito boa essa discussão, ajuda a pensar processo da gestão no nível nacional”.

(2) Respostas e Intenções da Secretaria Estadual de Saúde: Pela parte da Secretaria se esclareceu que não é uma proposta fechada, a cada momento foram incorporando-se novas avaliações. Para situar onde o Grupo de Trabalho que está elaborando a ferramenta se encontrava, foi apresentado um panorama dos objetivos da proposta e como esta foi pensada. O grupo da SES esclareceu, após questionamento, que a valorização de uma equipe mínima no rateio do recurso, foi pensando no benefício dos municípios de pequeno porte, pois os grandes já possuiriam recursos humanos para se dedicar mais à gestão. Apontou-se, ainda, sobre se pensar em número de pessoas para ter equipe de acordo com o porte populacional do município. Sobre a questão levantada da não utilização de outros índices já existentes, a SES alegou que nenhum outro é específico para a priorização da gestão. Ou os outros são voltados para a vulnerabilidade social, ou para níveis de complexidade de assistência à saúde. Com o igSUSrs, haveria uma tentativa de valorização de recursos para além da aplicação em hospitais, desejando-se induzir um modelo de atenção à saúde. Então, retomou-se que existe uma necessidade no incentivo da gestão e do planejamento, conscientizando os municípios. A principal dificuldade que tenta ser superada através dessa ferramenta detectada pelo estado é que os municípios não têm pessoas voltadas para a gestão, o foco sempre é na assistência.

Foi reforçado o argumento da reunião dia 14 de maio de 2014 de que o planejamento não está sendo priorizado. E, comparando município e estado, quando a política nacional de planejamento, o PlanejaSUS, foi implantada no Rio Grande do Sul e o dinheiro foi passado especificamente nesse sentido, a gestão estadual teve força para priorizar atividades de planejamento. Assim, o município, com o recurso que seria passado com o igSUSrs, poderia contatar consultoria, por exemplo, visando se capacitar. A questão de como seria monitorada a utilização e o impacto do recurso também reapareceu na discussão.

Como encaminhamento da reunião, havia um impasse se a próxima reunião (presencial desta vez) seria em Brasília ou no Rio Grande do Sul. O grupo da SES reforçou que seria importante se os interessados do Ministério pudessem vir até o estado, pois o GT PM&A é composto por vários membros dos demais setores da casa e seria importante ampliar o debate. Combinou-se como próximos passos então encaminhar para o ministério a última versão da nota técnica e este iria agendar uma visita, após a copa, no mês de julho.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Limitações de Recursos

Durante todo o processo decisório, fica evidente que não é possível ter acesso a todas as informações possíveis. Referente a recursos materiais pôde-se observar uma lacuna de instrumentos de trabalho em si, como tecnologias mais adequadas (programas, computadores, etc.) e de dados prévios sobre a gestão do SUS, nos sistemas de informações. É sabido que o SUS possui muitos dados qualificados, no entanto, há um vazio quando de trata de informações referentes à própria organização e indicadores de processo da gestão.

Mais especificamente sobre o igSUSrs, era necessário obter dados que comprovassem a alta rotatividade de trabalhadores na esfera municipal relatada pelos atores que indicaram esse problema (tanto das Coordenadorias Regionais de Saúde quanto da Secretaria Estadual de Saúde). No entanto, o indicador disponível sobre essa questão, “Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos”, possui problemas na sua utilização. Primeiro que considera “vínculos protegidos” quase todo tipo de profissional, não diferenciando os trabalhadores que “continuariam na gestão” daqueles que quebram a continuidade dos trabalhos, de acordo com o relatado pelos técnicos. Ou seja, leva em conta os cargos comissionados, só desconsiderando, de acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas elaborados pelo Ministério da Saúde os contratos tácitos, pagamento de pessoa jurídica, pagamento de autônomos e trabalhadores contratados por cooperativas (BRASIL, 2014). Outra limitação deste indicador é pelo sistema do qual é obtido, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que não necessariamente contabiliza os trabalhadores da gestão, estando focado nos profissionais da área da assistência da saúde, por exemplo, que trabalham em postos, hospitais e etc. Além disso, o indicador se mostra num nível muito elevado em todos os municípios, não correspondendo às observações dos trabalhadores da área.

Assim, percebe-se que o indicador disponível sobre o assunto específico não serve para traduzir a situação da realidade que se propõe de acordo com o seu objetivo, não possibilitando o diagnóstico e monitoramento do fenômeno. O indicador não possui as seguintes propriedades: validade de representação do conceito, confiabilidade da medida, sensibilidade às ações previstas e especificidade ao programa. (JANUZZI, 2006).

Ainda sobre trabalhadores na gestão do SUS, havia a dúvida sobre a legislação específica para contratação de pessoal necessário para o requisito da “equipe mínima de gestão”. Se a legislação vigente permite, pois muitos estão atingindo o máximo de gasto com pessoal de acordo com a lei de responsabilidade fiscal. Ou então, quais formas de contratação poderiam ser indicadas para os municípios que estão nesta situação. Assim, as informações que os atores dispõem para elaborar a ferramenta são limitadas e permeadas por dúvidas específicas de um campo de conhecimento que os atores desconhecem.

A dificuldade em obter dados para monitoramento também permeou a discussão do fortalecimento do território da Região de Saúde através do igSUSrs. De que forma isso poderia ser mensurado foi alvo de várias discussões, sem que se chegasse a um método. Uma das discussões, da reunião de 14 de maio de 2014, versou sobre a possibilidade de avaliar esse quesito a partir da frequência dos municípios das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR). Dessa forma, apesar de não mensurar a qualidade da participação, se obtém a informação quantitativa, se o município costuma participar das reuniões que concernem ao território regional. Mas essa opção não foi aceita pelo grande grupo, uma vez que se considerou inviável que as Coordenadorias Regionais de Saúde controlassem esta frequência de todos os municípios do seu domínio.

Nesse mesmo sentido, houve outros momentos em que não se tinha informação necessária disponível, ou por ela não existir ou por não ser suficiente. Uma questão muito importante para a composição do igSUSrs, foi a dificuldade para entender como está a gestão nos municípios, como comprovar as “queixas” relatadas pelos trabalhadores. Não há dado sobre a qualidade dos planos e relatórios de saúde, apenas se estão vigorando na data e aprovados ou enviados para os conselhos de saúde, além de não estar atualizado. Em suma, nota-se que houve uma dificuldade em se conseguir informações quantitativas ou mensuráveis sobre a gestão em geral. Dados objetivos que pudessem servir para o diagnóstico da situação antes da implementação quanto para uma futura avaliação da política. Os indicadores de saúde existentes que são atualizados regularmente versam sobre cobertura da política de saúde e qualidade dos serviços oferecidos, e pouco sobre a qualidade da gestão do SUS.

Além das limitações de recursos materiais durante o processo decisório, observou-se uma falta de recursos para se investir na política, no igSUSrs. Ou seja, a escassez de recursos no orçamento da saúde estadual. Havia a intenção do GT PM&A de que recurso tivesse impacto financeiro para município, caso contrário não haveria esforços para contemplar obrigações exigidas (em troca do recurso recebido pelo estado). O recurso

suficiente, acordado pelo grupo, estava garantido para o orçamento de 2014, no entanto a decisão ainda não havia sido tomada para implementar o igSUSrs. Em agosto de 2014 foi feita uma consulta sobre o processo, não havendo mais recursos reservados para a ferramenta, e se tentaria para 2015.

Obstáculos de recursos cognitivos podem ser verificados no processo também. Houve inúmeras simulações de distribuição do recurso financeiro a partir dos diferentes critérios e métodos de cálculos, que foram sendo alterados. Nesse sentido, havia as informações necessárias, mas faltava *know how* dos atores para pensar nas fórmulas de cálculo, na parte estatística da ferramenta. Segundo Motta, a capacidade humana de processar informações pode ser aperfeiçoada, mas é sempre limitada. Nesse sentido, Simon esclarece que “processos decisórios podem ser limitados pela rapidez de seus processos mentais, por seus conhecimentos de aritmética elementar, e assim por diante” (1965, p.47). Assim, é evidente que a tomada de decisão é afetada por essas limitações do conhecimento, tanto dos temas relacionados ao trabalho quanto as informações necessárias para tornar as decisões apropriadas para cada situação em específico. (SIMON, 1965).

Ainda sobre os limites cognitivos da racionalidade, podemos observar nesse processo decisório como há uma tendência e predições de cada grupo para a proposta do igSUSrs. Cada indivíduo filtra os dados que entram no processo decisório e possui suas percepções advindas dos seus ambientes, e isso afeta qual é o desenho da política. Como há grupos em que, no ambiente de trabalho, são sujeitos aos mesmos fatos, acaba se criando repertórios de programas de ação padrão entre esses atores (MARCH e SIMON, 1975). Essa situação acontece em reuniões ou eventos em que os grupos de cada setor ou departamento acabam defendendo as ideias do seu grupo, e rejeitando propostas que são produto de outro padrão e conhecimento filtrado por outros pressupostos. Portanto, a racionalidade, nesse exemplo, é resultante do processo subjetivo de absorção de teorias e práticas vivenciadas por cada indivíduo.

Todas essas limitações de recursos materiais e cognitivos enfrentadas durante o processo demonstram a impossibilidade física de ter acesso a todas as informações e de processá-las. Portanto, o resultado a tomada de decisão da política se baseia a partir de um número satisfatório de opções, tanto de diagnóstico para identificar o problema e das alternativas possíveis para resolvê-lo. A decisão acaba sendo, e em comum acordo com as partes envolvidas, não perfeita ou completa, mas razoável de acordo com as limitações expostas entre outras.

5.2 Jogo de Poder do Contexto

O processo decisório não envolve somente fatores técnicos e que buscam uma racionalidade. Inúmeros outros aspectos, situações e atores influenciam no resultado final do desenho da política. Isso pode ser observado em diferentes momentos do processo analisado no trabalho. Além do que pode ser apontado, há obviamente outras questões que não foram captadas durante a realização do estágio, ou por não se darem no espaço formal da tomada de decisão ou por ocorrer em momentos diferentes do período do estágio.

Considerando, portanto, que o processo observado foi sujeito a fatores políticos do cenário institucional e dos atores envolvidos, Motta esclarece que:

O processo de tomada de decisões não é um processo politicamente neutro ou um processo objetivo. Tanto os critérios que orientam o processo de tomar de decisões como os procedimentos decisórios implementados nas organizações são alvos de negociação política e mudam de acordo com as alterações na estrutura de poder, sendo continuamente redefinidos e negociados. Dessa forma, o processo de tomada de decisão é ambíguo e envolve vários níveis de incerteza (MOTTA, 2009, p. 100).

Em relação ao momento de tentativa de implementação, podemos destacar a busca pela adequação de elementos do igSUSrs de acordo com a vontade política. O gestor tinha a intenção de resolver o *déficit* orçamentário dos municípios, enquanto o objetivo da política era fortalecer a gestão do SUS. Apesar da certa autonomia detida pelo corpo técnico, este estava sujeito ao jogo de poder que existia naquele contexto. A tomada de decisão não dependia apenas das justificativas utilizadas para formular a política, o problema era bem delimitado e unânime por àqueles atores, e assim mesmo havia empecilhos a sua implementação.

A demanda para começar a se pensar em um índice que incentivasse a gestão do SUS, talvez não tivesse sido desenvolvida se não partisse de um membro da diretoria da secretaria. Ou seja, entre os trabalhadores, tanto da gestão estadual, regional ou municipal, já se pensava que era necessário um incentivo específico para a gestão do SUS, no entanto essa demanda entrou para a agenda e para a arena decisória a partir da demanda política ter sido introduzida.

Simon (1965) assinala que os atores focalizam suas atenções de acordo com estímulos internos ou externos, descartando as alternativas concorrentes. Assim, pode-se observar esse fenômeno na gestão, onde os atores acabam optando por quais demandas se irão investir mais tempo, trabalho, esforço e etc. Assim, Simon esclarece que “O número de estímulos que requerem, como respostas, comportamentos, é muito maior do que o número de

respostas que poderiam ser postas em prática se todos esses estímulos fossem submetidos simultaneamente à atenção.” (1965, p. 109)

Isso pode ser explicado, de acordo com Secchi, pela questão que as decisões dependem dos interesses dos atores envolvidos no processo de elaboração. A solução escolhida acaba sendo não a melhor opção, mas aquela que foi “politicamente lapidada em um processo de construção de consensos e de ajuste mútuo de interesses”. (SECCHI, 2011, p. 42)

5.3 Decisões Incrementais

Há uma tendência que as escolhas do processo decisório sejam baseadas em políticas já existentes. Assim, os gestores, de um modo geral, adotam soluções parecidas com decisões implementadas no passado. De acordo com Motta (2009), as escolhas dos tomadores de decisão se alteram lentamente, através de desvios e ações corretivas. Analisando a tomada de decisão podemos perceber isso de duas formas.

A primeira forma, é através da ideia inicial do igSUSrs. Surgiu tendo o Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M) como inspiração. Assim, quando os técnicos da Assteplan e do GT PM&A começaram desenhar um índice voltado para o fortalecimento da gestão, esse índice, do Ministério do Desenvolvimento Social, era o parâmetro de política que funcionou e poderia servir de base para a política do SUS no estado.

A outra forma é verificando que existem outros incentivos estaduais para o SUS, para outras esferas específicas do setor saúde. Essas foram consideradas pela equipe durante a elaboração da proposta do igSUSrs, em termos comparativos, por exemplo, de simulação de recursos e critérios de método de cálculo. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015, na parte da Política de Alocação de Recursos Estaduais, o Rio Grande do Sul conta com dois índices que compõem o cálculo do montante financeiro a ser transferido aos municípios. (2013, p. 175).

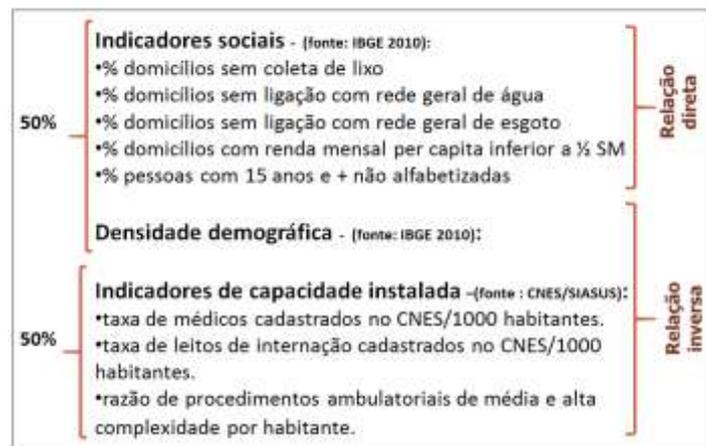
O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) mede a desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade e tem como objetivo distribuir recursos para o financiamento da Atenção Básica. É interessante observar como o índice foi calculado, através de seis determinantes sociais de saúde:

(a) percentual de domicílios com rendimento nominal mensal per capita até meio salário mínimo; (b) percentagem de domicílios não ligados à rede de distribuição de

água; (c) percentagem de domicílios sem coleta de lixo; (d) percentagem de domicílios sem banheiro ou sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial; (e) percentagem de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos de idade, e (f) densidade demográfica (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Vale destacar também outro índice estadual, o Índice Regional – IR -, que de acordo com o PES 2012-2015, foi construído com o objetivo de aferir diferenças entre os espaços territoriais das trinta Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. Os indicadores considerados para o seu método de cálculo está descrito na figura 1.

Figura 1. Indicadores Utilizados para Composição do IR



Fonte: Rio Grande do Sul, 2013.

Já a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), é uma política estadual que complementa o financiamento no nível estadual. O PIES considera: coeficiente de população total do município em relação ao total de habitantes do Estado do Rio Grande do Sul; coeficiente de população com até cinco anos do município em relação ao total de crianças com até cinco anos no Estado do Rio Grande do Sul; coeficiente de população maior de 60 anos do município em relação ao total de idosos do Estado do Rio Grande do Sul; inverso da receita tributária líquida per capita do município, medida em desvios padrões acima ou abaixo da média da renda tributária líquida per capita do conjunto dos municípios do Estado; índice de vulnerabilidade social (IVS). Essa política define que a aplicação dos recursos deve ser “no custeio de ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, a partir de prioridades definidas pelos indicadores de saúde pactuados no

Estado, com ênfase nas áreas de maior potencial de redução de internações hospitalares.” (PES, 2013, p. 175).

Dessa forma, podemos atribuir a escolha pela criação do igSUSrs, primeiramente como índice e a mudança para incentivo, como um processo que considera essas soluções anteriores demonstradas aqui. Ou seja, como um ”Processo de imitação ou adaptação de soluções já implementadas em outros momentos ou contextos.” (Lindblom, 1959, apud. SECCHI 2011, p. 42).

5.4 Imprevisibilidade do Processo

O aspecto imprevisível do processo merece destaque na análise da elaboração da proposta do igSUSrs. A teoria já prevê que o processo não segue uma linearidade, configurando-se como fluido e desestruturado. As questões contingenciais e específicas da tomada de decisão são muito relevantes na trajetória analisada e contribuíram para delinear a proposta da política. Segundo Motta, problemas, soluções, preferências dos indivíduos estão misturados, envolvendo disputas e conflitos e lutando por espaço e atenção dos detentores do poder de decidir.

Isso foi visível, através de um momento ilustrativo em específico. A apresentação da proposta da ferramenta pela gestora para atores do ministério aconteceu de forma não prevista pelo corpo técnico. Decisores da SES estavam em reunião com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde para tratar de outros assuntos, quando foi decidido apresentar a proposta do igSUSrs, que coincidentemente tinha sido enviada para a diretora a última versão revisada pelo grupo com o conteúdo do incentivo pouco tempo antes e foi apresentado por meio do *tablet*. A partir dessa apresentação improvisada que o Ministério se inteirou do assunto e elogiou o “protagonismo” da SES do Rio Grande do Sul e marcou reunião para aprofundar a proposta. No entanto a data de reunião presencial agendada foi adiada várias vezes, por fim foi realizada via *Skype* conforme relatado no capítulo anterior. Assim, podemos lançar mão da afirmativa de Motta para explicar essa passagem: “sorte, acaso e tempo são fatores determinantes do processo de tomada de decisão: um solução deve encontrar uma oportunidade para ser implementada e chegar no momento certo.” (2009, p. 113)

Outro ponto que pode ser mencionado sobre a imprevisibilidade deste processo é na definição do problema, que, de acordo com Motta, muitas vezes acontece a partir da invenção de soluções. E os atores propõem soluções de acordo com habilidades e recursos que já possuem. Isso pode ser destacado na delimitação da gestão como área que merecia a criação de uma política, de índice no começo considerando outro já implementado, e posteriormente de incentivo para fortalecimento da gestão. Além disso, os membros da organização possuem autonomia de decisão e existem múltiplas lógicas de ação e racionalidade. O que explica o desenvolvimento dessa demanda para a gestão, enquanto outras questões foram descartadas no processo decisório. Secchi aponta ainda que, geralmente os problemas e soluções são definidos, revisados e redefinidos vários momentos da tomada de decisão e simultaneamente (SECCHI, 2011).

6 CONCLUSÃO

O trabalho procurou analisar o processo decisório de políticas de saúde no nível estadual, a partir de uma proposta de ferramenta para qualificar a gestão do SUS no Rio Grande do Sul. Visto que a política ainda não foi implementada até o momento, o sentido do trabalho está em pensar nos processos que levaram a discussão de sua elaboração, o quão complexa é a gestão no cotidiano, considerando o clima política, os atores envolvidos e as justificativas técnicas para sua formulação. Não em avaliar a política em si, mas como esta foi desenhada por esses condicionantes. Nesse ponto, pode-se destacar a relevância da realização do estágio na Secretaria Estadual de Saúde, ao passo que foi possível vislumbrar essas práticas e detalhes não observados nas atividades teóricas.

No processo decisório, que no ciclo “ideal” de políticas públicas, acontece depois da formação de agenda e antes da implementação, os tomadores de decisão escolheriam a melhor alternativa buscando solucionar um problema público. No entanto, é inegável que a gestão enfrenta vários problemas ao mesmo tempo, portanto não é a definição desse problema, que muitas vezes não é evidente e simples de visualizá-lo, que desencadeia o processo de formulação de alguma medida para resolvê-lo. Ter alguma solução encaminhada/sugerida ou criada a partir de outras já implementadas, é um fator decisivo na escolha de qual problema se deseja enfrentar no momento.

O próprio momento em que se escolhe o problema e melhor solução disponível é também um condicionante do processo decisório. Questões como política-partidária, prioridades de governo e para onde se destina a maior parte dos recursos também são elementos que ajudam a definir esse processo. Nesse sentido, a definição do problema a ser enfrentado e a melhor alternativa, não significa uma tomada de decisão óbvia e linear. Os atores, mesmo numa conjuntura aparentemente homogênea, buscam adequar constantemente os critérios da política para obtenção de melhores resultados e estão sujeitos ao clima política vigente.

Outro ponto, que aparentemente é simples de resolver, mas se torna um impasse durante a tomada de decisão é a escolha da melhor alternativa. Considerando principalmente as contribuições de Herbert Simon (1965), os atores decisores não dispõem de todos os recursos, materiais e cognitivos, para fazer essa escolha, o que caracteriza a racionalidade

limitada do processo. Assim, as ideias para a composição da ferramenta são debatidas e alteradas constantemente, de acordo com as informações disponíveis, os conhecimentos trazidos pelos diferentes atores em cada momento, à vontade do gestor e etc. Os recursos materiais são escassos tanto para auxiliar na elaboração da política quanto em termos de orçamento para investir na mesma. Mesmo numa situação hipotética em que todos esses recursos estariam disponíveis, existe a limitação cognitiva de processar essas informações pelos atores envolvidos.

Dessa forma, o processo se estrutura de forma não previsível. O desenho da política se altera constantemente conforme elementos novos entram no processo decisório. O objetivo da política, o período para implementação, o recurso destinado para a medida e os critérios que devem ser contemplados são alguns dos itens que mudaram ao longo da tomada de decisão. Aspectos não premeditados pelos atores que surgem nas microrrelações do cotidiano da gestão são em grande parte responsáveis por essas mudanças.

Por outro lado, ressalta-se a capacidade dos poucos atores em se empenhar nas tarefas que buscam como objetivo final a qualificação do SUS e ampliação do acesso à saúde com qualidade, através fortalecendo a gestão nos municípios e o planejamento no nível da região de saúde, apesar da existência de certa autonomia dos burocratas em responder aos diversos estímulos do ambiente. Assim, pode-se dizer que considerando as limitações da racionalidade, o jogo político presente na conjuntura do cenário exposto e os fatores não previstos no processo, a tomada de decisão ocorre buscando realizar os objetivos distantes e ideais.

ANEXOS

Anexo 1 - Quadro com lista de indicadores de saúde discutidos na reunião de 14 de maio de 2013 para compor o igSUSrs.

1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
3	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
4	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
5	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
6	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
7	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
8	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
10	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
12	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

14	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
17	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.
18	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
20	Proporção de parto normal
21	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
22	Número de testes de sífilis por gestante
23	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	Taxa de mortalidade infantil
25	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
26	Proporção de óbitos maternos investigados
27	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
28	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
29	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial

30	<p><u>Para município/região com menos de 100 mil habitantes:</u> Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p> <p><u>Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF:</u> Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p>
31	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo
32	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
33	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
34	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.
35	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
40	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
41	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

42	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
43	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³
44	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
45	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
46	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
47	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
48	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
49	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
50	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
51	Número absoluto de óbitos por dengue
52	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
54	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado
55	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados
56	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano
57	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou

	realizadas
58	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva
59	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental
60	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados
61	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
62	Número de Mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento
63	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde
64	Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS
65	Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada
66	Componente do SNA estruturado
67	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Fonte: BRASIL, 2014

REFERÊNCIAS

BRASIL. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em 20 de maio de 2014.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 21 de maio de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) .Caderno do IGD-M. Manual **do Índice de Gestão Descentralizada municipal do Programa Bolsa Família e Cadastro único.** Disponível em: <www.mds.gov.br/bolsafamilia/gestaodescentralizada/CadernodoIGD-M> Acesso em 19 de maio de 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. Teoria Comportamental da Administração. In: **Introdução à Teoria Geral da Administração.** São Paulo: McGraw-Hill do Brail, 1983, p. 364-407.

GUIMARAES, Cristian, BELLINI, Maria Isabel, GEYER, Ligia Maria, PRYTOLUK, Liane Belardinelli; et al. **Desafios na Consolidação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul: Processo de descentralização das ações e serviços de saúde.** Em Caderno da Mostra de Experiências da Gestão Estadual em Vigilância em Saúde – Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS. Evangraf, 2013. 168 p.

GUIMARAES, Cristian; SILVA, Rosane Azevedo Neves; BELLINI, Maria Isabel; et al. **Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional.** Publicado nos Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, outubro/2013

JANNUZZI, Paulo Martino de. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, abr/jun 2005.

MARCH, J. G., SIMON, H. A. Limites cognitivos da racionalidade. In: **Teoria das organizações**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, cap. 6, p. 192-220, 1975.

MARQUES, Eduardo. As Políticas Públicas na Ciência Política. In. MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos (Orgs.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2013, p. 23-46.

MOTTA, F.C.P., Vasconcelos, I.F.G. Teoria geral da administração. São Paulo: Cengage Learning, 2009. Cap. 4: **Os processos decisórios nas organizações e o modelo Carnegie**.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios **Ciênc.. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl. Novembro 2007. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de maio de 2014.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS?**. RJ, Editora FIOCRUZ, 2009. 148 p.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição (2012). **Resolução Cib nº 555**, de 21 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Resolução Nº 555/12 – Cib/RS. Porto Alegre, RS,

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: 8 de outubro de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde/Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Orgs). **Nota Técnica igSUSrs**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde/ GT PM&A, 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas **Ciênc.. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, 1999. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de maio de 2014.

SECCHI, Leonardo. Ciclo de políticas públicas. In._____.**Políticas Públicas- Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2010, p.33-60.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo – Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1965, 311p.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.