



Revista de Administração Pública - RAP

ISSN: 0034-7612

rap@fgv.br

Escola Brasileira de Administração

Pública e de Empresas

Brasil

Peixoto Santos Mendes, Vera Lúcia; Campos Aguiar, Fábio
Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital
Revista de Administração Pública - RAP, vol. 51, núm. 6, noviembre-diciembre, 2017, pp.
1104-1121
Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241054257012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Universidade Federal da Bahia / Escola de Administração, Núcleo de Pós-Graduação em Administração
Salvador / BA — Brasil

Fábio Campos Aguiar

Universidade Federal da Bahia / Escola de Administração, Núcleo de Pós-Graduação em Administração
Salvador / BA — Brasil

Analisa-se a implementação da política pública de regulação de leitos em Unidades de Terapia Intensiva, considerando-se a política formulada, as condições institucionais e as estratégias utilizadas pelo estado e municípios baianos. Realiza-se revisão bibliográfica à luz do neoinstitucionalismo da escola da escolha racional e estudo de natureza qualitativa com três grupos de burocratas de médio escalão. Os resultados evidenciam um *gap* entre a política formulada e a implementada, a influência dos burocratas na implementação da política pública e uso das tecnologias da informação e comunicação, utilização de semelhantes estratégias de regulação, sendo a estratégia clientelística, associada ao uso do *WhatsApp*, encontrada na regulação paralela de leitos, indicativo de que, mesmo sob a égide do estado gerencial, persistem as práticas clientelísticas e patrimonialistas.

Palavras-chave: política de saúde; implementação; estado gerencial; estratégias de regulação; burocratas de médio escalão.

Implementación de la política de salud pública y sus desafíos en la era digital

Se analiza la implementación de la política pública en materia de regulación de plazas en las unidades de cuidados intensivos, teniendo en cuenta la política formulada, las condiciones institucionales y las estrategias utilizadas por el Estado y los municipios. Se llevó a cabo una revisión de la literatura a la luz del neoinstitucionalismo de la escuela de la elección racional, y estudio cualitativo con tres grupos de burócratas a nivel de calle. Los resultados revelan una brecha entre la política formulada y aplicada, la influencia de burócratas en la implementación de la política pública y el uso de tecnologías de la información y la comunicación, con uso de estrategias de regulación similares. La estrategia clientelista, que se asocia con el uso de *WhatsApp*, fue encontrada en la regulación paralela de las plazas, lo que indica que, incluso bajo los auspicios del estado gerencial, persisten las prácticas clientelistas y patrimoniales.

Palabras clave: políticas de salud; implementación; estado gerencial; estrategias de regulación; burócratas a nivel de calle.

Implementation of public health policy and its challenges in the digital age

This article analyzes the implementation of public policy on regulation of beds in intensive care units, considering the formulated policy, the institutional conditions and the strategies used by the state and municipalities of Bahia, Brazil. A literature review is carried out, based on the rational choice institutionalism, as well as a qualitative study with three groups of street-level bureaucrats. Results show a gap between the policies formulated and implemented and the influence of bureaucrats in the implementation of public policies in health. In addition, the research observed the use of information and communication technology such as social media (*WhatsApp*) as regulation strategies. The informal control and assignment of beds using *WhatsApp* is a clientelistic strategy, indicating that, even under the aegis of the managerial state, clientelistic and patrimonial practices persist.

Keywords: health policy; implementation; managerial state; regulatory strategies; street-level bureaucrats.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a análise do processo de implementação de políticas públicas é um campo de estudo em construção, objeto de poucas análises acadêmicas na área da administração pública e escassa discussão em todas as esferas de governo, sendo uma temática interdisciplinar. Enquanto a maior parte do debate acadêmico se dá sobre os limites da implementação, a exemplo de incluir ou não a avaliação dos resultados da política pública, na prática, pouco se discute sobre o processo de implementação ou o governo em ação. Trata-se de um processo cuja complexidade se eleva na proporção da magnitude das questões sociais às quais o poder público é demandado a responder (Faria, 2003; Fernandes, Castro e Maron, 2013).

A implementação de políticas públicas sociais apresenta alguns dilemas: como realizar uma abordagem que considere a intersetorialidade e a regionalização, construindo respostas adaptadas aos problemas complexos das sociedades contemporâneas; como contemplar a diversidade social das populações-alvo, suas características socioculturais, regionais e locais, sobretudo quando se trata de políticas universais, como é o caso da política de saúde; como conciliar interesses das instituições envolvidas na formulação da política pública, principalmente no que se refere à definição da agenda.

Tais dilemas são verificados na análise do processo de implementação da Política de Regulação de Leitos de Terapia Intensiva. Isso se deve a: ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado (Brasil, 1988); tratar-se de uma área que envolve a conflituosa relação entre público e privado e, consequentemente, lucro *versus* não lucro em serviços de saúde.

São condições para que a implementação de uma política pública produza resultados: ter legislação com objetivos claros e consistentes; incorporar uma teoria sólida; maximizar a probabilidade de que implementadores e grupos-alvo façam o desejado, destacando-se o papel dos burocratas de médio escalão (BME); trabalhar com uma integração hierárquica adequada; possuir recursos financeiros suficientes; ter acesso a suporte, agências implementadoras solidárias, com habilidades políticas e gerenciais e comprometidas com os objetivos da política; ser apoiada por grupos organizados e legisladores-chave; e controlar as mudanças contextuais que possam constranger a implementação (Lima e D'Ascenzi, 2013).

No setor saúde, a regulação é uma função do Estado, quer seja diretamente ou mediante atuação das agências reguladoras. O foco deste trabalho é a regulação desenvolvida pelo Estado e que apresenta como características da sua implementação: universalidade, intersetorialidade, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde; depender de mão de obra profissionalizada e da interação entre tecnologias da informação e comunicação (TIC) e BME.

Conforme Souza (2003:11), a literatura sobre políticas públicas tem sido pouco traduzida no Brasil e sua aplicação empírica é relativamente escassa. Além disso, e apesar dos marcos regulatórios das políticas públicas e dos estudos sobre a política de regulação em saúde (Ribeiro, Costa e Silva, 2000; Castro, 2002; Lima, 2010; Santos, 2011; Gomes, 2013; Lima e D'Ascenzi, 2013), discutem-se os aspectos conceituais, a regulação entre as esferas pública e privada ou entre diferentes esferas de governo, ou a autorregulação, a exemplo dos conselhos profissionais. Assim, existe uma lacuna teórico-empírica na perspectiva da análise da implementação da política pública de saúde, particularmente em relação à regulação dos serviços de alta complexidade tecnológica. Estudos internacionais, a exemplo de Bussmann (1998) e Majone e Wildavsky (1984), apresentam a experiência de países europeus sobre a implementação de políticas públicas e descentralização dos serviços de saúde, mas

por possuírem marcos regulatórios e contextos institucionais diferentes do cenário brasileiro, são de pouca contribuição empírica.

O processo de implementação de políticas públicas é influenciado pelas características do plano, pela organização do aparato administrativo responsável pela implementação e por ideias, valores e concepções de mundo dos atores. Secchi (2015:101) classifica os atores em: a) governamentais, que correspondem aos burocratas, políticos e juízes; b) não governamentais, que são grupos de interesses, partidos políticos, meios de comunicação, *think tanks* — organizações de pesquisa e aconselhamento em políticas públicas —, destinatários das políticas públicas, organizações do terceiro setor e outros *stakeholders*: fornecedores, organismos internacionais, comunidades epistêmicas, financiadores e especialistas. Além disso, tal processo decorre dos estilos empregados pelas burocracias (Lipsky, 2010; Pires, 2009) e variáveis como discricionariedade e adoção do princípio da eficiência presente na abordagem do New Public Management (NPM) (Tummers e Bekkers, 2014; Knoepfel, Kissling-Näf e Bussmann, 1998).

Pinho (1998:77) questionava se seria possível implantar o NPM, fazendo tábula rasa ao patrimonialismo, se seria possível esta abordagem conviver com o patrimonialismo e dar as respostas efetivas que daria no Primeiro Mundo ou se a sua implantação estaria concorrendo para o desaparecimento ou enfraquecimento do patrimonialismo. Nesse sentido, apesar das promessas de eficiência, advindas do NPM e incorporadas pelo estado gerencial,¹ no que se refere à implementação de políticas públicas, observa-se que o Estado se afastou dessa etapa, existindo um *gap* entre o discurso gerencialista de eficientização e o que efetivamente ocorre na administração pública brasileira, uma vez que o NPM não substituiu as burocracias públicas, e estas têm cedido espaços para a perpetuação de antigas práticas patrimonialistas e clientelistas.

A implementação de uma política pública é consequência da interação entre a intenção e os elementos dos contextos locais de ação, estando atrelada a diversos condicionantes. No caso da implementação da política pública de regulação de leitos de UTI, os contextos locais podem definir quem terá ou não acesso, o que depende da oferta de serviços e das relações formais e informais que vinculam as instituições e os atores. Desse modo, apresenta-se o seguinte questionamento: quais as estratégias utilizadas pelo estado e municípios baianos para implementar a política pública de regulação e enfrentar as dificuldades de acesso dos usuários aos leitos de UTI?

Isso posto, este trabalho tem como objetivo analisar o processo de implementação da política pública de regulação de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a partir da política formulada, considerando-se as condições institucionais de funcionamento e as estratégias utilizadas pelos entes públicos para enfrentar as dificuldades de acesso dos usuários aos leitos de UTI. Para tanto, realiza-se revisão bibliográfica sobre análise da implementação de políticas públicas à luz do neoinstitucionalismo da escola da escolha racional, e discutem-se os resultados do estudo sobre estratégias de regulação utilizadas pelo estado e municípios baianos no enfrentamento das dificuldades de acesso aos leitos de UTI.

Parte-se da seguinte premissa: as TIC são meios estratégicos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), se utilizadas como mecanismos facilitadores dos serviços e de implantação das políticas de saúde (Brasil, 2004). Adotam-se, como pressupostos: a) em serviços de saúde, a regulação é uma função do Estado e envolve a execução de atividades normativas, administrativas e gerenciais do sis-

¹ De acordo com Bresser-Pereira (2001:28), o estado gerencial se caracteriza como um estado de transição de uma política de elites para uma democracia moderna, na qual a sociedade civil e a opinião pública sejam cada vez mais importantes, a defesa dos direitos republicanos e de cada cidadão sejam respeitados e o patrimônio público seja usado de forma pública.

tema de saúde, por meio dos processos de macro e microrregulação (Brasil, 1988); b) o processo de implementação de políticas públicas decorre do poder discricionário e dos estilos de implementação empregados pelas burocracias, sendo influenciado pelos marcos regulatórios, usos das TIC, organização do aparato administrativo implementador e por suas ideias e valores (Knoepfel, Kissling-Näf e Bussmann, 1998; Pires, 2009; Tummers e Bekkers, 2014).

Além desta introdução, as seções seguintes apresentam vertentes para análise da implementação de políticas públicas, enfocando o neoinstitucionalismo, aspectos metodológicos e resultados.

2. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ABORDAGENS DE ANÁLISE

O neoinstitucionalismo tem sido uma corrente dominante nos estudos de políticas públicas. Hall e Taylor (2003) e Deubel (2007) consideram que essa não é uma corrente unificada, havendo diferenças entre as escolas de pensamento, denominadas de institucionalismo histórico, da escolha racional e do institucionalismo sociológico ou cultural.²

Os teóricos da escola de escolha racional empregam pressupostos comportamentais, postulando que os atores compartilham um conjunto de preferências e agem de modo utilitário para maximizar a satisfação destas; frequentemente utilizam altas estratégias, o que pressupõe um número significativo de cálculos (Hall e Taylor, 2003). Os dilemas da ação coletiva fazem com que os atores maximizem a satisfação de suas preferências, arriscando a produção de um resultado subótimo para a coletividade (Olson, 1965). Para Hall e Taylor (2003:205-206): “[...] é plausível que o comportamento de um ator seja determinado, não por forças históricas impessoais, mas por um cálculo estratégico, fortemente influenciado pelas expectativas do ator relativas ao comportamento provável dos outros atores”. Por tais características, o neoinstitucionalismo da escola da escolha racional é o suporte teórico para a análise dos resultados, embora se reconheçam os seus limites, principalmente seu caráter funcionalista e estático (Lima, Machado e Gerassi, 2011), assim como o foco na gênese e não no desenvolvimento institucional, que é também uma das fragilidades do neoinstitucionalismo cultural (Peci, 2006).

A implementação é a “[...] fase de uma política pública durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos e de discursos” (Meny e Thoenig, 1992:159). Trabalho seminal de Pressman e Wildavsky (1984) define a implementação como a realização, o cumprimento e a produção completa de serviços. Essa definição abrange o papel dos BME para prestar um serviço eficiente e equitativo ao cidadão. Ambas as definições interessam a este trabalho. A primeira porque foca a importância dos marcos regulatórios e a segunda porque enfatiza o papel dos BME na implementação de políticas públicas, embora não enfoque a importância das TIC.

O processo de planejamento e o progresso tecnológico influenciam a implementação de políticas públicas, contudo, a literatura sobre a temática foi tardia em reconhecer sua importância (Bussmann, 1998; Oliveira, 2006:276). A implementação é considerada uma das fases do ciclo de políticas públicas e é influenciada pelos seguintes fatores: imprevisibilidade; multiplicidade de atores e organizações, com interesses diversos; mudanças dos atores, suas interações, perspectivas e percepções; descontínuidade e necessidade de novas negociações (Lima e D'Ascenzi, 2013; Secchi, 2015). Acresentem-se a esses fatores a discricionariedade da BME, os usos das TIC e seus propósitos.

² Conforme Lima, Machado e Gerassi (2011), reconhecem-se correntes mais recentes do neoinstitucionalismo, que têm apresentado avanços em relação àquelas tradicionais, o neoinstitucionalismo construtivista e o neoinstitucionalismo de redes, mas que não são objeto deste trabalho.

Na literatura sobre implementação de políticas públicas as abordagens clássicas são: *top-down*, ou desenho prospectivo, e *bottom-up*, ou desenho descritivo (Lipsky, 2010; Elmore, 1996). A primeira apresenta a política pública como uma sequência de etapas distintas e guiadas por lógicas diferentes, assumindo que o processo de formulação seria permeado pela lógica da atividade política e que a implementação estaria no âmbito da prática administrativa (Muller e Surel, 2002). Assim, entre a formulação e a implementação, existem arenas e atores distintos.

A segunda enfatiza a discricionariedade dos implementadores, que detêm conhecimento das situações locais e podem adaptá-las ao plano (O'Brien e Li, 1999, apud Araújo, 2012; Tummers e Bekkers, 2014). As análises são centradas nos atores organizacionais responsáveis pela implementação, considerando-se que a política muda à medida que é executada, e a implementação é um processo disperso e descentralizado. Essa abordagem pressupõe que, em sistemas complexos, a habilidade de resolver problemas não depende do controle hierárquico, mas da maximização da discricionariedade. Assim, a implementação seria um processo autônomo, no qual as decisões cruciais são tomadas e não só implementadas. A burocracia implementadora é uma variável explicativa relevante e responsável pelo seu êxito ou fracasso.

Para Matland (1995), o modelo *bottom-up* considera as estruturas de microimplementação e de macroimplementação, o que permite ao planejador central interferir indiretamente no contexto da microimplementação. Para os adeptos desse modelo, os objetivos, as estratégias, os contatos e a interação entre os atores devem ser compreendidos, pois é nesse nível que se dará a implementação da política que afetará as pessoas. A influência dos BME e as TIC à sua disposição necessitam ser analisadas a fim de se preverem seus efeitos junto aos cidadãos.

Esse modelo permite que se visualizem as coalizões formadas e os efeitos indiretos das implementações. Saliente-se que Cavalcante, Camões e Knop (2015) apresentam diferentes abordagens sobre as BME e afirmam que existem semelhanças e diferenças desses atores entre setores do governo e entre áreas de políticas públicas. Lotta, Pires e Oliveira (2015:68) citam o trabalho de Currie e Procter, e enfatizam o poder de categorias profissionais coesas, como a dos médicos, que influencia a atuação dos burocratas. Vaquero (2010:152) adverte que na análise de implementação de políticas públicas, além da burocracia, é preciso observar a natureza dos diferentes tipos de políticas e os efeitos que podem causar, pois na sociedade da informação e do conhecimento, não só as BME, mas as TIC, os múltiplos atores e fatores interatuam e influenciam esse processo.

Seja utilizando o modelo *top-down* ou o *bottom-up*, o plano de implementação desenvolvido depende de um conjunto de parâmetros que descrevem o contexto político no momento. Esses parâmetros situacionais são dimensões que o desenhista da execução da política não controla. Eles incluem o escopo da mudança, a validade da tecnologia, os conflitos do objetivo institucional, a configuração e a estabilidade do ambiente (Berman, 1980 apud Matland, 1995).

Para Matland (1995), essa forma de compreensão da política está associada ao contexto e à identificação de fatores que podem interferir na implementação. Essa autora apresenta críticas normativas e metodológicas ao modelo. Com referência à normativa, no contexto democrático e da descentralização, quem controla as políticas são autoridades locais, cujo poder não decorre do voto, questionando-se a legitimidade. A segunda crítica está na discussão metodológica, pois, para se analisar a implementação, busca-se a percepção dos envolvidos nessa fase, sendo os efeitos indiretos difíceis de serem percebidos.

De acordo com O'Toole (1986) e Araújo (2012), o debate polarizado das abordagens *top-down* e *bottom-up* foi substituído pelo reconhecimento dos pontos fortes de cada uma, sendo necessário buscar a diversidade teórica. Os estudos de implementação não podem apresentar respostas para tudo,

novas pesquisas podem ser realizadas utilizando metodologias de todas as abordagens ou abordagens sínteses (Marques, 2008; Cruz-Rubio, 2011).

Nessa perspectiva, Najam (1995) sintetiza as abordagens *top-down* e *bottom-up* em um modelo de análise mais amplo, que inclui cinco variáveis (conteúdo da política, contexto institucional, comprometimento dos envolvidos, capacidade administrativa dos implementadores e coalisões dos interessados) que podem fortalecer ou enfraquecer a implementação.

Para O'Toole (1986), podem interferir na implementação de políticas públicas: recursos financeiros e sua gestão; comportamento e motivação da burocracia e número dos envolvidos; negociação institucional; normatização, clareza dos objetivos e metas; conflitos locais; comunicação e estrutura interorganizações; tempo de execução e prazo legal; e legislação de suporte à implementação. Além disso, também interferem na implementação: *déficit* da capacidade gerencial das instituições responsáveis pela implementação das políticas e contexto institucional (Bueno, 2005). Na era digital, o poder discricionário e o uso que a BME faz das TIC estariam inseridos no contexto institucional.

O poder discricionário da burocracia é considerado um dos fatores muito influentes na implementação das políticas públicas, pois ela não é inerte ou neutra (Meny e Thoenig, 1992; Knoepfel, Kissling-Näf e Bussmann, 1998; Tummers e Bekkers, 2014). Assim, é aconselhável que, em todos os processos de implementação de uma política, conceba-se o universo político e administrativo das burocracias (Araújo, 2012). Contudo, no cenário do estado gerencial, trabalha-se com as ideias de credibilidade e delegação. A primeira significa a prevalência de regras pré-anunciadas mais eficientes do que o poder discricionário de políticos e burocratas. A segunda observa a importância da atuação de órgãos “independentes” nacionais e internacionais na implementação das políticas.

A eficácia da implementação de políticas públicas necessita da definição de papéis, responsabilidades, controles e coordenação (Subirats, 1994), pois elas não são elaboradas nem executadas por uma instância estatal única (Knoepfel, Kissling-Näf e Bussmann, 1998). No Brasil, a política de saúde é formulada na esfera federal e executada pelos estados e municípios, e, embora a Lei nº 8.080/1990 apresente as competências de cada esfera governamental, algumas são compartilhadas, o que requer da administração pública incentivos e adoção de estratégias de gerenciamento e controle das ações de coordenação e operacionalização (Brasil, 1990).

Isso posto, observa-se que não há um viés único de implementação de política pública, sendo relevantes: a capacidade profissional; as TIC e os controles sobre a informação; as redes e estruturas formais e informais de comunicação, dentro e fora da administração pública; o conhecimento sobre quem são os representantes da burocracia na formulação e na implementação da política analisada; informações/saberes; recursos financeiros e humanos; tempo, participação e coalisão de grupos-alvo. Além disso, os diversos fatores que interferem no processo de implementação de determinada política pública podem ser analisados em dois contextos. No primeiro, quando se considera a implementação uma fase incorporada à formulação da política. No segundo, quando existem estudos que analisam a implementação como uma fase da execução da política, o que é o caso no presente estudo.

Conforme Cepik, Canabarro e Possamai (2014), as TIC vêm sendo aplicadas na busca tanto de maior eficiência nos processos de governo como na oferta de oportunidades de participação popular e de canais de interação entre o Estado e a sociedade. Entende-se que as TIC facilitam e ampliam as transações, os fluxos e as ligações existentes nas redes de atores que se relacionam com a esfera público-estatal. Assim, passa-se a falar em governança da era digital, que se propõe a legitimar o estado gerencial, superando as insuficiências da administração pública burocrática. As TIC são, aqui, entendidas em perspectiva

ampliada, para além do aplicativo móvel *WhatsApp*, considerando-se, no estudo empírico, os sistemas de informação oficiais como: Surem/WEB, Sisreg, comunicações formais, fluxos e protocolos.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado estudo de caso, de natureza exploratória e qualitativa (Yin, 2001), em 19 municípios baianos da Macrorregião Leste. Foram entrevistados 55 sujeitos, sendo 20 gestores (secretário estadual de saúde; assessor e superintendente estadual de regulação; secretários municipais de saúde); 27 diretores e técnicos de hospitais (coordenadores de UTI e técnicos de regulação dos hospitais) e médicos e técnicos de regulação (oito sujeitos), sendo quatro da Central Estadual de Regulação (CER).

Os dados primários foram levantados mediante aplicação de três tipos de questionários. Os dados secundários foram coletados a partir de pesquisa documental: política de regulação (Brasil, 2008), fluxos, protocolos e normas. Foi realizada análise de conteúdo (Bardin, 2011), com o auxílio do software NVivo. Para análise da implementação da política de regulação de leitos de UTI são consideradas as seguintes categorias: marcos regulatórios, contexto político-administrativo de implementação e estratégias, sobre as quais são propostas melhorias. Para a análise das estratégias, foram empregadas as seguintes subcategorias, adaptadas de Cecílio e colaboradores (2014): governamental burocrática ou profissional, governamental negociada, clientelística e leiga.

Esta pesquisa segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em saúde, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Assim, a coleta de dados foi autorizada mediante Parecer do Conselho de Ética em Pesquisa nº 666.477/2014.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

O perfil dos entrevistados é descrito no quadro 1.

QUADRO 1 PERFIL DOS BUROCRATAS DE MÉDIO ESCALÃO ENTREVISTADOS. BAHIA, 2016.

Categoria: Gestores Públicos Enfermeiros (28,6%) Médicos (19%)		Categoria: Diretores de Hospitais Médicos (48,1%) Enfermeiros (37%)	Categoria: Técnicos da Regulação Médicos (25%) Técnicos (75%), sendo Enfermeiros (62,5%)
Faixa etária	Entre 41 e 52 anos (52,4%)	Entre 41 e 52 anos (52,4%)	Entre 30 e 39 anos (50%)
Possuem especialização em gestão	Sim (54%) Não (46%)	Sim (59,3%) Não (40,7%)	Sim (75%) Não (25%)
Tempo de formado	Entre 10 e 20 anos de formados (42,9%)	Mais de 10 anos de formados (77,7%)	Entre 5 e 10 anos (50%) Tempo de trabalho na regulação: de 5 a 10 anos (62,5%)

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Trata-se de uma equipe na qual predominam profissionais com até 10 anos de formados, tempo de experiência em regulação entre cinco e 10 anos, apresentando formação e tempo de experiência compatíveis com as funções (quadro 1).

Com relação aos serviços, existem hospitais em 58% dos municípios pesquisados, e, destes, 31,6% possuem leitos de UTI, 21,1% possuem hospital sem UTI e 47,4% não possuem hospitais.

4.2 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE REGULAÇÃO: MARCOS REGULATÓRIOS E CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu as características do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de normatização e organização dos serviços de saúde. Tais ações necessitam de processos macrorregulatórios, sendo de competência do poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, sob execução direta ou por intermédio de terceiros. Os processos microrregulatórios definem quais ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, que tem como princípios: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com participação da comunidade (Brasil, 1988, art. 198).

A Lei nº 8.080/1990 institui processos macro e microrregulatórios, estabelecendo as ações e os serviços públicos e privados de saúde que integram o SUS, e tem como um dos seus objetivos a formulação da política de saúde, no campo social e econômico, buscando a promoção do direito à saúde, sendo garantida a “integralidade de assistência” (Brasil, 1990).

No SUS, a regulação assistencial é a estratégia oficial de implantação da Política de Regulação de Leitos e emergiu do Pacto pela Saúde e da criação dos complexos reguladores (Brasil, 2006). Os complexos reguladores compõem o rol de estratégias da regulação assistencial, consistindo em uma estrutura funcional que integra as Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais, com a contratação, controle assistencial, regionalização, programação e avaliação. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, com pactuação entre as esferas de gestão do SUS (Brasil, 2008). A Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.559/2008, como uma atribuição de todas as esferas de gestão, tendo como objetivos regulamentar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS e fortalecer o processo de regionalização da saúde, mediante organização das redes e fluxos assistenciais, provendo o acesso equânime e a integração das ações e serviços de saúde (Brasil, 2008).

O processo regulatório se organiza em um conjunto de ações desenvolvidas pelos complexos reguladores, que se traduzem em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, consultas e exames, e processos de trabalho correspondentes à atuação dos profissionais envolvidos. Conforme o neoinstitucionalismo da escola da escolha racional, tal processo envolve agentes e o principal. Neste estudo, o principal representa o estado e corresponde aos gestores estadual e municipais de saúde, médicos reguladores, diretores de hospitais e técnicos. Os agentes são os representantes dos serviços de saúde, públicos (hospitais sob gestão de organizações sociais) e privados (hospital da parceria público-privada), usuários e familiares.

O cenário no qual se desenvolve a implantação da política de regulação assistencial no SUS é caracterizado pela complexidade, interligando as dimensões da gestão e da assistência à saúde, permeado

por conflitos, envolvendo o estado e municípios, os serviços de saúde, os trabalhadores, os usuários e familiares, compondo assim um sistema contraditório e movido por tensões (Gawryszewski et al., 2012). Os representantes do principal, aqui denominados de “burocratas de médio escalão” e aos quais, por determinação da Portaria nº 1.555/2008 (Brasil, 2008), cabe a função regulatória, podem ter propósitos e interesses divergentes dos estabelecidos pela política pública de regulação, assim como os agentes, representados pelos prestadores, também podem ter seus próprios interesses e mecanismos de regulação.

O resultado das interações entre agente e principal pode fazer com que a implantação da política de regulação de leitos se dê de modo diverso do qual foi formulada. A regulação assistencial formulada é implementada em espaços de relações sociais conflituosas, edificadas por articulações e negociações de interesses diversos. Esse contexto tem feito com que o conceito, as práticas e os objetivos da regulação assistencial sejam objeto de questionamentos dos usuários e familiares que lhe atribuem o demérito das dificuldades de atendimento na rede SUS, paradoxalmente ao que se propõe com a função regulatória; dos profissionais da regulação que têm a sua autoridade sanitária desrespeitada, e dos técnicos, que não conseguem seguir os protocolos e fluxos formais.

O estado e os municípios analisados têm autonomia para organizar seus complexos reguladores. A Central Estadual de Regulação (CER) é a unidade operacional da Regulação Assistencial do estado da Bahia, que atua de forma alinhada com os objetivos governamentais, sob controle hierárquico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). O contexto político-administrativo do estado possibilitou estabelecer uma relação de complementaridade, na gestão dos dispositivos de regulação do acesso, entre a Sesab e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS/SSA).

Para a implementação da política estadual de regulação, a Sesab elaborou protocolos de regulação do acesso, fluxograma e formulários de solicitação de regulação, definindo a rede assistencial habilitada. Independentemente da origem do paciente, a solicitação de leito de UTI deve ser feita pelo complexo regulador. Na prática, o processo de implementação da política enfrenta barreiras de acesso e utiliza as estratégias descritas a seguir.

4.3 ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO UTILIZADAS PELO ESTADO E MUNICÍPIOS PARA ENFRENTAR AS DIFICULDADES DE ACESSO³ A LEITOS DE UTI

Definem-se estratégias como a forma de executar uma política (Matus, 1993), que, no caso em estudo, é a implementação da política de regulação de leitos de UTI, nas perspectivas dos gestores da saúde, dos diretores e técnicos de hospitais, dos médicos e técnicos de regulação. As subcategorias de análise das estratégias de regulação foram adaptadas de Cecílio e colaboradores (2014) e apresentadas na metodologia.

4.3.1 ESTRATÉGIAS NAS PERSPECTIVAS DOS GESTORES

Governamental burocrática:

Diagnósticos com a quantidade dos usuários, relatórios médicos bem elaborados e atualização constante de dados dos pacientes pela CER. Aguardar o retorno da CER.

³ De acordo com Travassos e Martins (2004:197), acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Entende-se que saúde não se explica apenas pelo uso de serviços de saúde, mas, tratando-se da necessidade de serviços de terapia intensiva, o acesso pode ser determinante da *chance* de sobrevivência.

Começar a fazer avaliação e acompanhamento. [regulador e gestor municipal/SSA, secretário município L]

Construção de mais unidades, contratação de leitos do setor privado e filantrópico e definição do papel das unidades. [gestores estaduais 1 e 2]

Governamental negociada:

Manter uma comunicação permanente com o hospital ou referência. Persistimos nas notificações junto à CER. Usamos o Samu. Articulamos com colegas nos hospitais e atuamos junto à CER para informação e negociação. Temos facilidade de comunicação porque conhecemos o modo de pensar da regulação. Usamos a regulação do Samu. [secretários municípios C/H/M/O]

Existem muitas regulações dentro da regulação, você acha o leito e não tem ambulância para o transporte do paciente, aí você pode até perder a vaga. Já aconteceu, porque leito de UTI não fica ocioso [...]. [secretário município P]

Clientelística:

Buscam-se contatos que ajudem na regulação; fazemos contato com as pessoas próximas do serviço e conhecidos nos hospitais. Contato direto com a gestão do hospital do município XXZ. Fazemos pedidos políticos para Deputados, usamos da amizade e temos um grupo de *WhatsApp*. [secretários municípios B/D/E/F/H/I/J/N]

Leiga:

Rezar para se ter paciência. Em último caso, aconselha-se a família procurar o Ministério Público. A família é orientada a buscar em outro município ou busca algum contato. Aconselha-se à família ir para a mídia. [secretários municípios A/G/P]

Na *estratégia governamental burocrática*, destacam-se a necessidade de avaliação e acompanhamento, a carência de leitos, o reconhecimento da ausência de controle, revelando o poder dos BME. O uso da *estratégia governamental negociada* corresponde à resolução dos problemas de acesso mediante melhoria da comunicação entre a CER e os hospitais. Os gestores também utilizam a *estratégia clientelística*, usando o *WhatsApp*, fazendo “pedidos políticos para deputados” e sujeitando-se a todas as consequências decorrentes dessas práticas; e a *leiga*, aconselhando a família a procurar o Ministério Público e a mídia.

4.3.2 ESTRATÉGIAS NAS PERSPECTIVAS DOS DIRETORES E TÉCNICOS DOS HOSPITAIS

Governamental burocrática ou profissional:

Apenas usa a CER. A otimização dos leitos disponíveis, por meio da gestão de leitos, ou adaptação de outros leitos disponíveis na unidade. Gestão de leitos. Otimização dos

leitos internos com controle desde o planejamento à previsão de alta e disponibilização do leito. É necessário ter transparência [...], ter consciência de que o leito é do SUS, ter honestidade na hora de informar onde estão as vagas [...]. Tomar consciência de que existe um processo e de que a vida das pessoas depende disso. [diretor hospital SSA1, técnico município F, técnico hospital SSA2, médico maternidade município B]

Governamental negociada:

A forma logística criada pelo hospital transformando leitos em semi-intensivos. Articular transferência, permanência, maior agilidade na UTI e na disponibilização de leito. Internar pacientes em outras unidades até o surgimento da vaga em UTI. Linha do cuidado ao paciente clínico com logística multiprofissional, que define e discute a melhor estratégia. Proposta de reforma e de ampliação da área física. Contratação de mais profissionais. Tentamos comunicação com a regulação para minimizarem as interferências, mas a estrutura está aquém do necessário. É difícil contatar a CER. Recursos tecnológicos e humanos são pobres [...]. A proposta da CER é uma inovação. O que deveria ser muito bom, mas a realidade é muito diferente. Não tem retorno [...]. Atuação do Enfermeiro de gestão de leitos para avaliação do uso dos leitos e regulação interna. [diretor hospital município F, técnico hospital município D]

Clientelística:

Busca-se apoio do familiar para viabilizar o acesso paralelo, através de algum político. Buscar leitos extraoficialmente (conhecidos em outros municípios). Ligar para o prefeito. Gestores (prefeitos) com busca de profissionais da Secretaria de Saúde com maior qualificação. Através de amizade e conhecidos. [diretores hospitais municípios G/F/0, técnico município O]

Burlando o sistema de regulação. ZAP (*WhatsApp*) é a melhor estratégia de regulação. [técnico do hospital município D]

Observa-se que, nas *perspectivas dos diretores e técnicos dos hospitais*, embora predominem as estratégias governamental burocrática e profissional negociada, a estratégia clientelística é presente, inclusive usando o *WhatsApp*. A família é orientada a agir de modo clientelístico, pois é ela quem deve procurar alguém que trabalha no hospital ou um político. Isso, além de burlar a política formulada, nega a saúde como dever do Estado e direito do cidadão.

4.3.3 PERSPECTIVAS DOS MÉDICOS REGULADORES E TÉCNICOS DA REGULAÇÃO

Governamental burocrática ou profissional:

Informação à CER sobre a urgência e as necessidades diárias. Coletar a maior quantidade de informações sobre o paciente para evitar recusas (o que acontece muito). Reformar e

ampliar a área física, aquisição de recursos humanos. [técnico de regulação, município I; técnico de regulação, hospital SSA1; Coordenação de Regulação, CER]

Governamental negociada:

Buscar formas de melhorar a comunicação. Comunicar à CER a necessidade dos leitos de retaguarda para viabilizar novas admissões. Cobrar *e-mails* diários sobre as vagas existentes e notificação destes hospitais. Orientar e fazer educação continuada com as unidades, melhorar diálogo e refinar a triagem. [técnico de regulação, CER; médico regulador, CER; Coordenação de Regulação, CER]

Clientelística:

Ligar para colegas insistindo e interferir junto à coordenação. Usar o contexto pessoal para evitar barreiras de comunicação. Recorrer aos parlamentares. Usar o conhecimento com o médico que trabalha na UTI, pois sempre se consegue vagas através de amizades. [técnico de regulação, município B; técnico de regulação, hospital SSA2]

Às vezes se leva dias até achar um leito, mas o paciente tem que vir do interior e o município está sem ambulância [...] e não tem como deslocar uma unidade do Samu [...] então o secretário do município pede ao município vizinho, ou a *um deputado* [...] muitas vezes acaba até levando para outra unidade [...]. E tudo isso enfraquece a continuidade do nosso trabalho. [técnico CER; grifos nossos]

Leiga:

Solicitar que os familiares aluguem UTI móvel. [técnico de regulação, município B]

Observa-se que os médicos reguladores e técnicos destacam a necessidade da comunicação com a CER, mas também se referem à estratégia clientelística de implementação da política. Embora esses profissionais não tenham contato direto com usuários e familiares, pois seu limite de atuação é a CER, sabem da influência que tem a relação com o médico que trabalha na UTI e reconhecem que isso enfraquece o trabalho da CER. A estratégia leiga, orientando os familiares que aluguem UTI móvel, além de ferir os princípios do SUS (equidade e acesso universal), não resolve o problema, pois, assim como no caso de transferência por meio de Serviço Médico de Urgência (Samu), esse usuário continuará na fila de espera por leitos de UTI.

O uso de estratégias clientelísticas e leigas, incorporando o *WhatsApp*, foi encontrado nos três grupos pesquisados. Isso revela que a implementação da política de regulação não ocorre como formulada, vez que não funciona como mecanismo de gestão criado para equacionar a diferença entre a demanda e a oferta por serviços de saúde, e, além disso, valores, interesses e poder discricionário dos BME, associado ao uso da regulação via *WhatsApp*, interferem na implementação da política, associado à falta de coalisão entre os grupos de usuários.

Conforme as normas de regulação assistencial, o médico regulador tem a prerrogativa de autoridade sanitária, com poder técnico para indicar qual paciente será encaminhado para UTI conforme a prioridade da sua necessidade de saúde. Contudo, esse sujeito (principal), que deveria ter o poder de decidir conforme critérios técnicos, recorre a outros atores para viabilizar o acesso aos leitos que deveriam estar à disposição da rede de saúde, questionando-se a efetividade da implementação da política de regulação de leitos de UTI e em que medida atende aos seus objetivos.

4.3.4 ESTRATÉGIA DE MAIOR RAPIDEZ NA TRANSFERÊNCIA DE UM PACIENTE PARA UTI CONFORME DIRETORES, MÉDICOS E TÉCNICOS DOS HOSPITAIS

Governamental burocrática ou profissional:

Empoderar a CER e valorizar o argumento técnico frente aos demais. Contatar diretamente o regulador médico. Definir o perfil hospitalar. Solicitar a inserção da avaliação no primeiro atendimento. Supervisionar os leitos. Melhorar a gestão dos leitos e trabalhar com indicadores de qualidade. [diretor, hospital SSA1]

Governamental negociada:

Usar o Samu. Levar a necessidade aos gestores superiores para ampliar a oferta de leitos. [médico, maternidade município B]

Clientelística:

Uma boa conversa com alguém da regulação resolve mais do que fax; *WhatsApp* é a melhor ferramenta de regulação. Buscar leito extraoficialmente (pessoas conhecidas em outros municípios). Na CER é preciso contato com os colegas por telefone e com a própria Superintendência de Regulação. Telefonar para os contatos gestores de outras unidades. Contatar pessoas ou profissionais conhecidos nos hospitais de referência. Ligar para o prefeito. Fator humano atrapalha. (Técnico do Hospital, Município O). Encaminhar de ambulância para ter maior rapidez e manter disponibilidade de transporte. [técnico do hospital, município D]

Quando se refere à *estratégia de maior rapidez na transferência de um paciente para UTI, observa-se que, nas perspectivas dos diretores e técnicos dos hospitais*, predomina a estratégia clientelística, destacando-se o uso do aplicativo *WhatsApp*. Isso se configura em uma regulação paralela, mediante uso das TIC e provoca vieses na priorização do acesso por critérios técnicos, indicando o atendimento de interesses dos BME. Há também o entendimento de que essa estratégia traz consequências:

Eu sei que é bem comum, mas nunca usei *WhatsApp*. Primeiro porque fere a ética médica [...], depois porque se o sujeito não consegue vaga, ele vai pra justiça. Como não sabe como funciona o sistema, muitas vezes acaba acionando o Hospital, o que nos causa transtorno porque quando chega a liminar, a sentença do juiz é sempre “cumpre-se” [...] e você tem que criar uma vaga. [coordenador de UTI, hospital 7]

Essa fala se refere a um agente de hospital contratado pela Sesab que declara não praticar a regulação paralela e estar ciente das suas consequências.

No estado da Bahia a política de regulação de leitos de UTI vem sendo implementada mediante a adoção de estratégias governamentais profissionais, negociadas e estratégias clientelísticas e leigas, configurando o que Castor (2004) denomina “jeitinho” característico do estado burocrático autoritário, mas que vem encontrando ressonância no estado gerencial, no qual a BME se utiliza do *WhatsApp* para conferir agilidade ao sistema, por meio de práticas clientelísticas, mesmo que esteja em jogo a vida humana. Isso indica que mesmo na era digital o patrimonialismo se renova para não mudar.

Conforme parâmetros de cobertura assistencial da Portaria GM/MS nº 1.101/2012, o número necessário de leitos de UTI é de 4% a 10% do total ou de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes (Brasil, 2012). No estado da Bahia, com população estimada de 15 milhões de habitantes (Brasil, 2010), estão disponíveis para o SUS 815 leitos de UTI (CNES, 2013), existindo, portanto, um déficit superior a 70%. Na Macrorregião Leste, o déficit é de 39%, sendo responsável por cerca de 65% da produção de diárias de UTI. Diante disso, gestores, diretores e técnicos dos hospitais, médicos reguladores e técnicos da regulação reconhecem que o número de leitos de UTI é insuficiente para as necessidades da população da Macrorregião Leste, sendo o uso da TIC, no caso o aplicativo *WhatsApp*, citado e reconhecido pelos gestores, diretores e técnicos dos hospitais como a estratégia de maior rapidez na transferência de um paciente para a UTI.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da implantação da política pública de regulação de leitos de UTI no estado da Bahia revela que existem divergências entre sua formulação e sua implementação. Além das estratégias governamentais, os principais utilizam as estratégias clientelística e leiga, quando recorrem ao *WhatsApp*, redes de relacionamentos, pedidos políticos, ou orientam familiares a recorrerem ao Ministério Público,⁴ Poder Judiciário e mídia para garantirem o acesso a um serviço, que é um dever do Estado assegurar, mediante a atuação do Poder Executivo, o que pode impactar negativamente a política de saúde.

Em consonância com a literatura, trata-se do estudo de uma política de regulação assistencial, cuja implementação está sendo efetuada há 10 anos, formulada sob a égide do estado gerencial, no contexto político-administrativo da descentralização e municipalização das políticas de saúde. O órgão implementador é a administração pública direta estadual e municipal, mediante ação dos BME, com uma formulação *top-down*, mas uma implementação primordialmente *bottom-up*, em que os burocratas se utilizam do aplicativo *WhatsApp*, com a justificativa de dar celeridade ao acesso aos leitos de UTI criando, eles mesmos, mecanismos informais e paralelos de regulação de leitos, enfraquecendo as estratégias e TIC formais (Surem/WEB, Sisreg, protocolos e fluxos), e estimulando a estratégia de regulação leiga.

Embora os marcos regulatórios da política de regulação assistencial estejam definidos e existam normas, objetivos, metas, protocolos e fluxos, encontram-se, na análise de sua implementação, interferências dos fatores referidos na literatura examinada, como *déficits* da capacidade gerencial e estrutura institucional, evidenciados na falta de controle e de indicadores de avaliação da sua implementação;

⁴ Usuários e seus familiares acionam o Poder Judiciário para demandar o acesso aos serviços de saúde, porém no estado da Bahia os usuários do SUS geralmente são representados pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público.

comportamento dos BME; negociação institucional com prevalência de interesses particulares, em vez de critérios técnicos baseados nas necessidades dos usuários; motivação dos envolvidos (principal e agentes); conflitos locais e problemas de comunicação com a CER. Esses *déficits* são retroalimentados pelos incentivos dos agentes.

Os achados do estudo empírico reforçam os pressupostos desta pesquisa: a) em serviços de saúde, a regulação é uma função do Estado e envolve execução de atividades normativas, administrativas e gerenciais do sistema de saúde, por meio dos processos de macro e microrregulação; b) o processo de implementação de políticas públicas decorre dos estilos de implementação empregados pelas burocracias, sendo influenciado pelos marcos regulatórios, usos das TIC, organização dos implementadores, seu poder discricionário, ideias e valores (Knoepfel, Kissling-Näf e Bussmann, 1998; Pires, 2009; Tummers e Bekkers, 2014).

Em 10 anos de implementação da política de regulação de leitos, a aprendizagem é de que, mesmo sob a égide do estado gerencial, as disfunções da burocracia têm atingido a regulação assistencial, comprometendo a efetividade dos princípios da equidade, acessibilidades e integralidade do SUS.

Como contribuições, o presente estudo enfatiza, inicialmente, a importância de separar a avaliação da análise de políticas públicas, sugerindo a necessidade de aumentar a aceitação política em relação à análise das políticas públicas, colaborando para sua institucionalização e legitimação, como já ocorre em países europeus, assim como para a aprendizagem na análise de políticas públicas. Posteriormente, apresenta uma análise crítica do processo de implementação da política pública, focada nos usos das TIC pelos BME, indicando a importância do controle da implementação, em um contexto de tentativa de racionalização da atividade estatal, nos moldes do estado gerencial, cuja ênfase é sobre resultados, eficiência e o uso das TIC.

Como limites da presente pesquisa, têm-se os fatos de ser restrita à política de saúde e a um estado da Região Nordeste. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas envolvendo outras políticas públicas e outros estados da federação, preferencialmente aqueles que historicamente não sejam tão vinculados às práticas clientelistas e patrimonialistas. Reconhece-se como possível limite o uso do referencial da escola da escolha racional e seu foco estático sobre as instituições, agentes e principal, podendo-se realizar novos estudos na ótica do neoinstitucionalismo construtivista e de redes.

Sugere-se a adoção das seguintes medidas de melhorias: a) ampliar o número de leitos de UTI na Macrorregião Leste, atingindo o padrão fixado pelo MS; b) fortalecer institucionalmente a CER e a autoridade sanitária do regulador; c) implementar os complexos regionais de regulação; d) usar a estratégia de regulação governamental burocrática ou profissional, adotando-se mecanismos de controle e transparência quanto ao uso do leito de UTI da rede própria e contratualizados; e) adotar a perspectiva da Saúde 2.0,⁵ incorporando à gestão aplicativos para *smartphones*, possibilitando à CER a regulação dos leitos por meio desse canal; f) implantar a comissão de avaliação, com equipe de supervisores capacitados para avaliar o seguimento dos critérios institucionais das internações nas UTI; g) melhorar a qualidade da informação dos relatórios médicos, a comunicação e o tempo de resposta entre a CER e os hospitais; h) estimular o estabelecimento de coalizões entre os agentes interessados.

⁵ O conceito de Saúde 2.0 pressupõe que os profissionais da assistência necessitam observar a relação custo/benefício das TIC na melhoria da segurança, eficiência e qualidade da atenção à saúde, à medida que estas possibilitam trocas de informações em tempo real e a constante interação entre médico, gestor e usuário (Van De Belt et al., 2010).

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Richard M. *Programa de Aquisição de Alimentos (2003-2010): avaliação da implementação pela Conab no Rio Grande do Norte*. Tese (doutorado em administração) — Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- BRASIL. Governo Federal. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 4661/GM de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008. Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.907 de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2009. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Disponível em: <<http://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial>>. Acesso em: 14 dez. 2013.
- BRASIL. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)*: proposta versão 2.0, inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude_29_03_2004.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2011.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Do estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO, Paulo S.; SACHS, Ignacy; WILHEIM, Jorge (Org.). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p. 222-259. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73estadopatrimonial-gerencial.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.
- BUENO, Luciano. A aplicação da Advocacy Coalition Framework (ACF) na análise da evolução da Política Pública de Controle de Armas no Brasil. Trabalho apresentado no GT Políticas Públicas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 29., 25-29 out. 2005, Caxambu, Minas Gerais. *Anais...* Caxambu, MG: Anpocs, 2005.
- BUSSMANN, Werner. Les évaluations en Suisse. In: BUSSMANN, Werner; KLÖTI, Ulrich; KNOEPFEL, Peter. *Politiques publiques: évaluation*. Paris: Economica, 1998. p. 13-33.
- CASTOR, Belmiro V. J. *O Brasil não é para amadores: estado, governo e burocacia na terra do jeitinho*. 2. ed. Paraná: Travessa dos Editores, 2004.
- CASTRO, Janice D. de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, n. 7, p. 122-135, jun. 2002.
- CAVALCANTE, Pedro Luiz C.; CAMÕES, Marizaura R. de S.; KNOP, Márcia N. H. Burocracia de médio escalão nos setores governamentais: semelhanças e diferença. In: CAVALCANTE, Pedro Luiz C.; LOTTA, Gabriela S. (Org.). *Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília: Enap, 2015. p. 57-90.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cidadão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2014000701502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

CEPIK, Marco; CANABARRO, Diego R.; POSSAMAI, Ana Júlia. Do novo gerencialismo público à era da governança digital. In: CEPIK, Marco; CANABARRO, Diego Rafael (Org.). *Governança de TI: transformando a administração pública no Brasil*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2014.

CRUZ-RUBIO, César N. Convergencias y disparidades en las teorías sobre el cambio de las políticas públicas: una revisión preliminar y una propuesta de integración tipológica. *Administración & Desarrollo*, v. 39, n. 54, p. 99-118, 2011.

DEUBEL, André-Noël R. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá, DC: Aurora, 2007.

ELMORE, Richard F. Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas. In: VAN METER, Donald S. et al. (Org.). *La implementación de las políticas*. México: Miguel Angel Porrua, 1996. p. 601-616.

FARIA, Carlos A. P. de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FERNANDES, Ana Tereza; CASTRO, Camila; MARON, Juliana. Desafios para implementação de políticas públicas: intersetorialidade, regionalização. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 16-18 abr. 2013, Brasília, DF. Painel 07/025: Governança em rede: inovações da gestão regionalizada em Minas Gerais. *Anais...* Brasília, DF, 2013. p. 1-20.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel B.; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antônio Marcos T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 17 out. 2014.

GOMES, Rodrigo F. *Estratégias de aprimoramento do acesso à assistência: estudo de caso em nível municipal*. 2013. Dissertação (mestrado em medicina) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2016.

KNOEPFEL, Peter; KISSLING-NÄF, Ingrid; BUSSMANN, Werner. L'évaluation et l'analyse des politiques publiques. In: BUSSMANN, Werner; KLÖTI, Ulrich; KNOEPFEL, Peter. *Politiques publiques: évaluation*. Paris: Economica, 1998. p. 129-140.

LIMA, Luciana D. de; MACHADO, Cristiani V.; GERASSI, Camila D. O neoinstitucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, Rubem A.; BAPTISTA, Tatiana W. de F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011. p. 111-137. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 11 jun. 2016.

LIMA, Luciana L. *A política de regulação do setor privado na saúde em perspectiva comparada: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS*. 2010. Tese (doutorado em ciências sociais) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

LIMA, Luciana L.; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2016.

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Nova York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela S.; PIRES, Roberto R. C.; OLIVEIRA, Vanessa E. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. In: CAVALCANTE, Pedro Luiz C.; LOTTA, Gabriela S. (Org.). *Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília: Enap, 2015. p. 23-55.

MAJONE, Giandomenico; WILDAVSKY, Aaron. Implementation as evolution. In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron (Ed.). *Implementation*. 3. ed. Berkeley: University of California, 1984. p. 163-180.

MARQUES, Paulo. *Implementação de política pública: uma leitura a partir da esfera federal: política de atendimento do adolescente em conflito com a Lei no Brasil*. 2008. Tese (doutorado em educação) — Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.

MATLAND, Richard E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity: conflict model of policy

- implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995. Disponível em: <<https://oied.ncsu.edu/selc/wp-content/uploads/2013/03/Synthesizing-the-Implementation-Literature-The-Ambiguity-Conflict-Model-of-Policy-Implementation.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.
- MATUS, Carlos. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1993. v. 2.
- MENY, Ives; THOENIG, Jean-Claude. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel, 1992.
- MULLER, Pierre; SUREL, Yves. *A análise das políticas públicas*. Pelotas, RS: Educar, 2002.
- NAJAM, Adil. *Learning from the literature on policy implementation: a synthesis perspective*. (Working Papers). International Institute for Applied Systems Analysis — Iiasa. A-2361. Luxemburg: Iiasa, 1995.
- OLIVEIRA, José Antônio P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *Rev. Adm. Pública*, v. 40, n. 1, p. 273-288, 2006.
- OLSON, Mancur. *The logic of collective action*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1965.
- O'TOOLE, Laurence. Recommendations for multi-factor implementation: an assessment of the field. *Journal of Public Policy*, v. 6, n. 2, p. 181-210, 1986.
- PECI, Alketa. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 4, n. 1, p. 1-12, mar. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cebapec/v4n1/v4n1a06.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- PINHO, José Antônio G. de. Reforma do aparelho do estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. *O&S*, v. 5, n. 12, p. 59-79, 1998.
- PIRES, Roberto R. C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 735-769, 2009.
- PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron (Ed.). *Implementation*. 3. ed. Berkeley: University of California, 1984.
- RIBEIRO, José M.; COSTA, Nilson do R.; SILVA, Pedro Luís B. Healthcare policies in Brazil and regulatory strategies in an environment of technological changes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 61-84, 2000.
- SANTOS, Isabela S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação e em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.
- SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- SUBIRATS, Joan. *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madri: Ministerio para las Administraciones, 1994.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*, n. 39, p. 11-24, 2003.
- TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Acesso e utilização de Serviços de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. sup. 2, p. S190-S198, 2004.
- TUMMERS, Lars G.; BEKKERS, Victor J. J. M. Policy implementation, street-level bureaucracy and the importance of discretion. *Public Management Review*, v. 16, n. 4, p. 527-547, 2014.
- VAN DE BELT, Tom H. et al. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *J. Med. Internet Res.*, v. 2, n. 2, p. 81-99, 2010.
- VAQUERO, Benjamín R. La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, v. 61, n. 3, p. 269-286, 2010.
- YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Doutora em administração e professora associada do Departamento de Administração da UFBA. E-mail: verapeixoto09@gmail.com.

Fabio Campos Aguiar

Mestre e doutorando em administração do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA. E-mail: fabioaguiar.mkt@gmail.com.