

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**MADE – Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial**

**MARCELO DO AMARAL WENDELING**

**COOPERAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA  
NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

**RIO DE JANEIRO**  
**2012**

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**MADE – Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial**

**MARCELO DO AMARAL WENDELING**

**COOPERAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA  
NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

**RIO DE JANEIRO**  
**2012**

**MARCELO DO AMARAL WENDELING**

**COOPERAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA  
NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá  
como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre  
em Administração e Desenvolvimento Empresarial.

**ORIENTADORA: DR<sup>A</sup>. ISABEL DE SÁ AFFONSO DA COSTA**

**RIO DE JANEIRO  
2012**

W469 Wendeling, Marcelo do Amaral

Cooperação no campo da saúde pública no âmbito da administração federal / Marcelo do Amaral Wendeling. – Rio de Janeiro, 2012.

130f. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial)– Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Alianças estratégicas. 2. Políticas públicas. 3. Saúde. I. Título.

CDD 650



Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Empresarial

A Dissertação

**COOPERAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA  
NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

elaborada por

**MARCELO DO AMARAL WENDELING**

E aprovada por todos os membros da banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Administração e Desenvolvimento Empresarial como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EMPRESARIAL**

Rio de Janeiro, 29, de agosto de 2012.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel de Sá Affonso da Costa**  
**Universidade Estácio de Sá**

---

**Prof. Dr. José Geraldo Pereira Barbosa**  
**Universidade Estácio de Sá**

---

**Prof. Dr. Roberto Pimenta**  
**Fundação Getulio Vargas**

Aos que me acompanharam nesta caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup>.Isabel, pelo apoio e por ter me orientado de forma tão presente durante todo o processo de construção desta pesquisa.

Aos meus colegas do MADE, pelas conversas e troca de experiências que contribuíram de forma significativa para este estudo.

Aos meus colegas da ENSP/FIOCRUZ, pelo apoio e compreensão neste importante momento de minha vida.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por sempre estarem ao meu lado me incentivando a seguir em frente.

A todos os meus amigos que perto ou longe fazem a diferença em tudo o que faço.

“Saúde é direito de todos e dever do Estado”

Sergio Arouca, médico sanitário, um dos idealizadores do SUS



## RESUMO

O Estado moderno possui um importante papel na resolução das questões sociais e tem ampliado suas ações no campo da saúde por meio da implementação de políticas públicas bem definidas, comprometidas com a qualidade de vida, de forma a reverter o quadro social que vive parte da população brasileira. Neste sentido, cabe ao Estado intermediar e negociar os diversos interesses, na busca de estabelecer critérios de justiça social, visando um discernimento político sobre suas funções sociais e qual o alcance delas. O Estado também deve compreender a importância da formulação e implementação das políticas públicas como mecanismo de melhorar as condições sociais, para redução das desigualdades e ampliação do acesso à saúde. Estas ações de alcance nacional vêm sendo implementadas por meio de articulação e formação de alianças estratégicas entre diversas instituições envolvidas, por ser considerada a maneira mais eficaz de se obter os resultados esperados, em função das diretrizes e estratégias adotadas pelo governo. Constata-se que a própria natureza e estrutura das instituições do Estado e do sistema de saúde do país conduzem à implementação de políticas públicas por meio de arranjos cooperativos entre os entes envolvidos. Frente ao exposto, o estudo apresenta uma análise sobre as ações de cooperação realizadas entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde, e como estas ações sustentam o seu protagonismo como articuladora da implementação da política nacional de saúde no país, no campo do ensino. A ENSP/FIOCRUZ, em função de seu posicionamento estratégico no cenário nacional, constitui-se como principal articuladora do campo da saúde pública no país, desenvolvendo ações, por meio de alianças estratégicas. A pesquisa constata que seu protagonismo deve-se a sua trajetória histórica de lutas e conquistas, além do conhecimento e experiência do seu corpo de pesquisadores especialistas e da efetividade de suas ações. Acrescenta-se ainda a participação da instituição nos principais comitês, câmaras técnicas e conselhos que tratam de questões relacionadas à saúde pública no país, tendo assim a possibilidade de conduzir e influenciar o curso das ações na área. Alinhada com sua missão, evidencia-se que no período de 2007 a 2011 a instituição se consolidou como articuladora da implementação da política nacional de saúde, destacadamente na área do ensino, formando e qualificando quadros de trabalhadores para atuação no campo da saúde, tendo em vista as diversas ações promovidas em conjunto com o Ministério da Saúde, possibilitando a transformação da realidade econômica, política e social do país.

Palavras-chave; alianças estratégicas; políticas públicas; saúde.

## ABSTRACT

The modern State has a relevant role as a provider of solutions to social issues. Its activities in the health sector are branching out through the implementation of unequivocal policies committed to improve the quality of life and to reverse the social situation currently experienced by a segment of the Brazilian population. The State, therefore, is responsible for mediating and negotiating a multiplicity of interests, in an attempt to establish social justice criteria with the purpose of achieving political clarity about its social roles and how to reach them. The State must also understand the importance of setting down and applying policies as means to improve social conditions, curtail inequality and step up access to health services. These national-level actions are being implemented through a coordination of efforts and the establishment of strategic alliances among the institutions involved, as this is considered the most efficient way to achieve expected results through governmental guidelines and strategies. The very nature of institutions, of the State and of the country's health system lead to the enforcement of policies through cooperative arrangements among the entities involved. In the light of such scenario, this study presents an analysis of the actions related to the cooperation between Oswaldo Cruz Foundation - Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ) and the Ministry of Health, and how these actions provide support to the school's central role as a coordinator of the implementation of the national health policy, notably in teaching. ENSP/FIOCRUZ, due to its strategic position on the national scenario, consists on a major coordinator in the country's public health sector, which is fundamentally the result of the strategic alliances. The study finds that this role is attributable to its historical path of struggles and victories, as well as the knowledge and experience of its body of researchers and the effectiveness of their actions. Also, the institution's participation in key committees, councils and technical chambers that deal with issues related to public health in the country allows the ability to drive and influence the course of action in the area. In line with its mission, it is evident that between 2007 and 2011, the institution has established itself as the articulator of the implementation of national health policy, notably in teaching, training and qualifying workers to the health sector. This is the consequence of the various actions developed in partnership with the Ministry of Health, which enables the transformation of the country's economic, political and social reality.

Keywords: strategic alliances, policies, health.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 QUESTÃO-PROBLEMA .....	16
1.2 OBJETIVOS .....	16
<b>1.2.1 Objetivo principal</b> .....	16
<b>1.2.2 Objetivos intermediários</b> .....	17
1.3 DEMILITAÇÃO DO ESTUDO.....	17
<b>1.3.1 Delimitação teórica</b> .....	17
<b>1.3.2 Delimitação temporal</b> .....	17
<b>1.3.3 Delimitação geográfica</b> .....	17
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	18
<b>CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	19
<b>2.1.1 O Sistema Único de Saúde</b> .....	30
2.2 ARRANJOS COOPERATIVOS: ALIANÇAS ESTRATÉGICAS.....	36
2.3 ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS .....	42
<b>CAPÍTULO 3 – O CASO ESTUDADO</b> .....	46
3.1 O PAPEL DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ NO CAMPO SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	46
3.2 A ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA.....	52
<b>3.2.1 Histórico institucional</b> .....	52
<b>3.2.2 Análise da trajetória institucional recente</b> .....	55
<b>3.2.3 A cooperação como ação estratégica</b> .....	63
<b>CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	69
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	69
4.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	69
4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA: ESTUDO DE CASO.....	70
4.4 UNIDADE DE ANÁLISE.....	71
4.5 COLETA DE EVIDÊNCIAS.....	71
4.6 SELEÇÃO DE SUJEITOS.....	74
4.7 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS.....	74
4.8 LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	75

<b>CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	76
5.1.1 Relação existente entre os projetos implementados pela ENSP/FIOCRUZ com as políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde .....	76
5.1.2 Análise comparativa entre o recurso orçamentário proveniente da União e o recurso extraorçamentário .....	93
5.1.3 Análise comparativa entre o total de recurso extraorçamentário e o total de recurso extraorçamentário proveniente do Ministério da Saúde .....	94
5.1.4 Análise das ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde por atividade.....	96
5.1.5 Análise das ações de cooperação distribuídas pelas Secretarias do Ministério da Saúde .....	104
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	109
<b>CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS .....</b>	<b>115</b>
6.1 CONCLUSÕES.....	115
6.2 RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	122
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>130</b>
ANEXO I – Roteiro orientador para entrevista .....	130

## **CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO**

No Brasil, a consolidação da democracia e o processo de redução da exclusão social e da melhoria da distribuição de renda vêm proporcionando ao país vivenciar um momento singular na sua história. É um momento em que se discute de forma ampla a importância de um projeto nacional que promova a inclusão de milhões de brasileiros que vivem à margem da riqueza produzida no país e excluídos do exercício pleno da cidadania.

Para tal, é necessária uma ampla articulação entre Estado e sociedade, tendo em vista um cenário nacional e internacional de alta complexidade, marcado pela vulnerabilidade e interdependência das economias, pelo processo de globalização e conformação de blocos regionais, que condicionam e tem impacto no desempenho do Brasil enquanto nação que objetiva alcançar o pleno desenvolvimento.

A complexidade das demandas a serem administradas reforça o debate sobre a gestão pública contemporânea e tem ocupado importante espaço nos fóruns de discussão, nos congressos e nas diversas publicações especializadas que estudam seus processos de transformação.

No que se refere ao papel do Estado no campo da saúde, uma das suas características é a forma dinâmica e intensa com que se transforma ao longo do tempo. Constata-se que as últimas décadas, da mesma maneira que foram caracterizadas por grandes transformações na vida econômica e social do Brasil, apresentaram também importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da população do país.

As reformas realizadas no campo da saúde não apenas no Brasil, mas em diversos outros países, têm como finalidade a organização de sistemas de saúde capazes de otimizar os recursos destinados ao setor, tornando-os mais eficazes e com envergadura para atender às necessidades de saúde da população.

No Brasil, estas questões foram debatidas ao longo das décadas de 1980 e 1990, quando se decidiu pela ampliação da participação democrática e a garantia dos direitos de cidadania, tendo em vista um sistema de saúde com características universais e de caráter igualitário, apoiado pela ideia de justiça social (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

A Constituição Federal de 1988 inseriu essa nova configuração para o sistema de saúde no Brasil, estabelecendo a saúde como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, sendo que antes era apenas de responsabilidade do governo federal e restrita apenas ao trabalhador segurado. O conceito de saúde também foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, com a assistência concebida de forma integral, levando em consideração a concepção de um Sistema Único de Saúde (SUS) (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Assim, a partir do SUS, as condições de saúde da população brasileira passaram a ser compreendidas como expressões determinadas por fatores de espectro ampliado, incluindo saneamento básico, alimentação, habitação, meio ambiente, educação, transporte, lazer, e acesso a bens e serviços essenciais. A saúde, então, passa a ser compreendida como um direito social fundamental dos indivíduos na sociedade.

No processo de consolidação do SUS, o Estado constituiu e fortaleceu instituições que se tornaram referência na saúde pública no país. Instituições fundamentais no processo de formulação, implementação e avaliação das ações de saúde. Uma dessas instituições fortalecidas foi a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), vinculada ao Ministério da Saúde. No decorrer de seus 57 anos, ENSP/FIOCRUZ se constituiu em uma das instituições mais destacadas no campo da saúde pública, com reconhecida atuação científica, política e social.

A ENSP/FIOCRUZ atua, destacadamente, na capacitação e na formação de recursos humanos para o SUS e para o Sistema de Ciência e Tecnologia, na produção científica e tecnológica, e na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública. Mantém cooperações em todos os estados da federação e com vários municípios brasileiros, assim como com outras instituições nacionais e internacionais atuantes em diversos campos relacionados com a saúde pública.

As ações de cooperação da ENSP/FIOCRUZ visam o fortalecimento das estruturas e da gestão do sistema de saúde, por meio de mecanismos e estratégias como intercâmbio, estudos, pesquisas, assessorias de gestão, produção

conjunta do conhecimento e transferência de tecnologias, incluindo a adequada gestão de recursos humanos e seu aperfeiçoamento por meio da capacitação.

Estas ações de cooperação, em parceria com instituições governamentais, municipais, estaduais e federais, e instituições não-governamentais, bem como articuladas com os setores organizados da sociedade civil, contribuem para a eficiência, eficácia e sustentabilidade do sistema de saúde no país.

O desenvolvimento de ações por meio de cooperação é característica decorrente da estrutura, diretrizes e dinâmica do SUS, por se tratar de questões de saúde que afetam diretamente a população, independentemente da esfera de governo. Assim, estas ações podem fomentar e reforçar as relações com as demais instituições federais, estaduais e municipais, em especial com o Ministério da Saúde, estando ainda articuladas à dinâmica do processo de tomada de decisões nas instâncias do SUS.

Desta forma, constata-se que as ações de cooperação da ENSP/FIOCRUZ sustentam uma estratégia de ação que assegura o investimento nos campos do ensino, pesquisa, gestão e desenvolvimento tecnológico por meio de parcerias com instituições que atuam no campo da saúde pública.

A articulação da ENSP/FIOCRUZ com outras organizações para viabilizar as ações de cooperação pode ser considerada uma estratégia da instituição para manter e consolidar-se como um agente destacado no cenário nacional, no que se refere ao processo de implementação das políticas públicas de saúde no país, principalmente para a formação e qualificação de quadros de profissionais para atuação no sistema de saúde.

Constata-se ainda que o Estado brasileiro também vem buscando se qualificar por meio da formação e capacitação de seus profissionais de forma a aperfeiçoar a gestão do sistema e o desenvolvimento e produção de inovação tecnológica. Como os recursos financeiros para essas ações, em especial no setor saúde, têm sido consideravelmente ampliados, as instituições de Estado passaram a ter possibilidades concretas de desenvolver ações de cooperação com a ENSP/FIOCRUZ para atender suas demandas nestas ações.

Por seu turno, a ENSP/FIOCRUZ vem exercendo movimentos de aproximação direta com estas instituições, desenvolvendo parcerias que produzem cursos, pesquisas, assessorias de gestão e geração de inovação tecnológica, o que indica um contexto interno muito atuante nesse cenário.

Especificamente no campo da cooperação federal com o Ministério da Saúde, a ENSP/FIOCRUZ atua como uma das principais e mais importantes articuladoras das políticas de saúde para o país. A inserção da instituição no cenário nacional faz com que seja convocada pelo Ministério a atuar no processo de formulação da política nacional de saúde.

Este protagonismo e posição destacada da instituição deve-se a sua trajetória de 57 anos contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, ao conhecimento e experiência do seu corpo de pesquisadores especialistas, atuante no ensino e pesquisa, e principalmente a efetividade assegurada das ações implementadas pela Escola.

Tal protagonismo pode ser comprovado também pela capacidade que a instituição possui de contribuir, influenciar e conduzir o processo de tomada de decisão no âmbito do federal. A instituição é sempre convocada pelo Ministério da Saúde e demais instituições correlatas a participar dos comitês, câmaras e conselhos responsáveis pela concepção e condução das ações propostas pelo Governo. Neste sentido, a ENSP/FIOCRUZ se faz presente, atuando de forma expressiva e ativa no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde.

## 1.1 QUESTÃO-PROBLEMA



As ações no campo de cooperação constituem importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando o Estado a promover mudanças estruturais nos seus sistemas produtivos, como forma de superar restrições que dificultam seu efetivo desempenho. Os programas implementados sob esta perspectiva permitem transferir conhecimentos e trocar experiências de sucesso, contribuindo, assim, para capacitar recursos humanos e para fortalecer instituições nacionais, possibilitando um salto qualitativo de caráter duradouro.

A ENSP/FIOCRUZ é considerada a maior e mais importante escola de saúde pública do país, sendo, ainda, um ator estratégico na formulação, na implementação e na avaliação de políticas públicas de saúde. Vem demonstrando, ao longo dos últimos anos, no período de 2007 a 2011, forte capacidade de articulação com instituições públicas nas três esferas de governo.

Especificamente no âmbito da administração pública federal, a ENSP/FIOCRUZ vem atuando de forma expressiva no processo de implementação de políticas públicas de saúde, desenvolvendo ações de cooperação com o Ministério da Saúde capazes de impactar diretamente no sistema de saúde e na melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Assim, considerando o exposto, apresenta-se a seguinte questão-problema:

*De que forma as ações de cooperação desenvolvidas entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde sustentam o seu protagonismo como articuladora da implementação da política nacional de saúde?*

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo principal

Descrever de que forma as ações de cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde sustentam o seu protagonismo como articuladora da implementação da política nacional de saúde.

## **1.2.2 Objetivos intermediários**

- Descrever a constituição do sistema de saúde brasileiro e das políticas públicas de saúde, considerando seus avanços, limitações e desafios.
- Descrever o processo de formação de alianças estratégicas.
- Apresentar a trajetória da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.
- Sistematizar as informações acerca das ações de cooperação realizadas pela ENSP/FIOCRUZ em parceria com o Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2011.

## **1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

### **1.3.1 Delimitação teórica**

No que se refere à delimitação teórica, o estudo se baseia na literatura sobre alianças estratégicas para a implementação de políticas públicas na área da saúde, considerando que a natureza e concepção do SUS conduzem às instituições inseridas neste sistema ao desenvolvimento de ações por meio de cooperação.

### **1.3.2 Delimitação temporal**

O presente estudo tem como objetivo analisar as ações de cooperação da ENSP/FIOCRUZ, no período compreendido entre os anos de 2007 a 2011, celebradas por instrumentos formais de cooperação.

### **1.3.3 Delimitação geográfica**

Por se tratar de uma instituição com atuação nacional, foram analisadas as ações de cooperação desenvolvidas apenas com o Ministério da Saúde, considerando que este é o principal agente, em nível federal, no que se refere à definição das estratégias e diretrizes das políticas de saúde para o país.

Embora a ENSP/FIOCRUZ também mantenha um alto nível de articulação com instituições federais, estaduais e municipais, além de organizações

não governamentais e organizações internacionais, o estudo fica restrito à análise apenas das ações de cooperação com o Ministério da Saúde, não sendo objeto de estudo a análise das ações com as demais instituições.

#### 1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O estudo apresenta uma análise sobre como as alianças estratégicas contribuem diretamente no desempenho das instituições públicas na implementação das políticas públicas de saúde no país. Evidencia também que a própria natureza do SUS conduz as instituições ao desenvolvimento de suas ações através de cooperação, sendo esta a maneira mais efetiva para o alcance dos resultados esperados pelo Estado.

Neste sentido, o estudo pode contribuir para a compreensão da importância da formação de alianças estratégicas para implementação de ações, projetos e políticas públicas definidas pelo governo. Independentemente da esfera de governo e do campo de atuação, a formação de alianças estratégicas apresenta-se como alternativa para as organizações públicas concretizarem seus projetos, otimizando recursos e possibilitando troca de experiências e conhecimentos entre as organizações parceiras.

A pesquisa também apresenta contribuições práticas para a instituição analisada por dois ângulos. Primeiramente, os dados coletados para o alcance dos objetivos desta pesquisa constituem base de informação inédita, possibilitando a compreensão do desenvolvimento das ações de cooperação na instituição e da maneira como a ENSP/FIOCRUZ se relaciona com o Ministério da Saúde de forma a sustentar a estratégia de manter-se como articuladora da implementação da política nacional de saúde no país. Em segundo lugar, o alcance do objetivo do estudo pode servir à formulação de estratégias e diretrizes para o campo da cooperação nacional para os próximos anos.

Para a academia, esta pesquisa possibilita a sistematização de conhecimento sobre a formação de alianças estratégicas, contribuindo para a estruturação e consolidação deste campo de estudo na administração.

## CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995) definem política pública como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e que regulam as ações e atividades do governo de interesse público. Neste sentido, Viana e Baptista (2008) asseguram que as políticas públicas variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado e com o nível de atuação dos diversos grupos sociais, entre eles partidos, sindicatos, associações de classes e outras organizações sociais.

Souza (2006) considera que é possível sintetizar os principais elementos das políticas públicas, sendo eles:

- a política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos e não sendo restritiva a participantes formais, uma vez que os informais também são fundamentais para estas ações;
- a política pública é abrangente e não se limita a leis e regras;
- a política pública é intencional, estabelecendo objetivos a serem alcançados;
- a política pública, embora tenha impacto no curto prazo, é uma ação de longo prazo; e
- a política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, isto é, implica também na implementação, execução e avaliação.

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de disposições e medidas que constituem a orientação política do Estado e servem de referência para as ações do governo. São também definidas como ações governamentais divididas em atividades diretas de produção de serviço pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCHESE, 2004).

O debate implica na reflexão sobre o espaço que compete aos governos na definição e implementação de políticas públicas. Deve-se reconhecer também que outros segmentos que não são do governo, como grupos de interesse e movimentos sociais, possuem espaço no processo de definição das políticas públicas, dependendo do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo (SOUZA, 2006).

De acordo com Franzese (2011), para melhor compreensão da dinâmica da ação governamental, destaca-se que as políticas públicas podem ser divididas em quatro fases: formação de agenda, formulação, implementação e avaliação.

### **Fase 1 – Formação de agenda**

Constitui-se no momento inicial da política pública e pode ser definido como o espaço para construção de uma agenda com temas e assuntos relevantes tanto para os cidadãos, quanto para os governantes.

Para Viana e Baptista (2008), a delimitação de uma agenda política é a definição de um conjunto de problemas e questões que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política. Esta agenda pode se distinguir em três tipos: agenda sistêmica, agenda governamental e agenda decisória.

A agenda sistêmica inclui assuntos que fazem parte das preocupações cotidianas de um país, sem, contudo, merecer a atenção do governo. Normalmente são temas percebidos pelos membros da comunidade política e que merecem atenção pública e envolvem questões que se encontram sob a responsabilidade dos agentes de governo. A agenda governamental é constituída por assuntos nos quais os agentes governamentais estão concentrados no momento e que estão sendo considerados pelas autoridades competentes para tomada de decisão. E a agenda decisória é composta por uma relação de assuntos que estão na iminência de uma decisão do governo.

Para Franzese (2011), mais importante do que o governo apresentar sua agenda, é a definição das questões a serem enfrentadas prioritariamente, tendo em vista o envolvimento de diversos atores políticos e sociais, que se mobilizam em

favor de diferentes temas, chamando a atenção dos governos e da sociedade para eles, de forma que se constitua em uma política pública.

## **Fase 2 – Formulação**

Esta fase corresponde ao momento de elaboração de alternativas para o problema que surgiu do processo de formação da agenda. O processo de formulação de políticas públicas é de responsabilidade do Executivo, Legislativo, agências administrativas, e instâncias do Judiciário, sendo suas decisões determinadas por valores políticos, ideológicos e influenciados por atores não oficiais como grupos de interesse, partidos políticos e cidadãos.

O processo de formulação de uma política é o momento que se propõe soluções para os problemas e questões, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre as intenções do governo e as ações. Esta etapa consiste na investigação do problema e na busca de alternativas para sua resolução (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Destaca-se ainda que este processo é composto por uma variedade de decisões, sendo algumas de rotina e outras que envolvem um caráter estratégico e de negociação e persuasão (FRANZESE, 2011).

## **Fase 3 – Implementação**

Viana e Baptista (2008) afirmam que a fase de implementação é o momento de colocar uma determinada solução em prática e envolve uma série de sistemas e atividades realizadas pela administração pública, sendo esta fase considerada crucial e muito importante no ciclo das políticas públicas.

A fase de implementação pode ser considerada o momento em que se implantam intenções de se obter impactos e consequências. É o momento em que a política governamental envolve-se com os atores não governamentais, e sendo alguns deles objetos da política com poder de ação, recursos e ideias (FRANZESE, 2011).

Viana e Baptista (2008) afirmam ainda que o momento de implementação é de intensa negociação. Se o momento de formulação é constituído de grandes consensos, é no momento de implementação que se descobre a real

potencialidade de uma política pública, quem são os atores, os grupos de disputa e seus interesses.

Franzese (2011) destaca que o debate sobre o processo de implementação de políticas públicas conduz uma reflexão sobre a importância dos servidores públicos que atuam na execução das diversas ações do governo para o sucesso destas políticas. Esta atuação não se reduz a apenas a execução e aplicação de um plano, mas introduz novos aspectos na ação do governo adaptando e até mesmo reformulando partes do projeto que foi previamente definido.

#### **Fase 4 – Avaliação**

A avaliação tem como objetivo contribuir para a tomada de decisão, pois se refere ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo, com o objetivo de analisar a política implementada, reconduzindo o seu curso (VIANA; BAPTISTA, 2008). A avaliação da política pública é essencial para que seja possível identificar os resultados alcançados pela sua implementação, a partir dos conceitos e eficiência, eficácia e efetividade.

Neste sentido, a avaliação da eficiência tem como finalidade compreender a relação custo-benefício da política implementada. Quando se busca uma avaliação de eficácia, o objetivo é analisar se os resultados previstos foram de fato alcançados ao final do processo de implementação. E, por fim, no que se refere à avaliação sob a perspectiva da efetividade, busca-se identificar o impacto causado pela referida política pública na sociedade.

Frente ao exposto, destaca-se a fundamental participação dos diversos atores governamentais e da sociedade civil, que contribuem de maneira significativa para a formação da agenda, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas em qualquer área de atuação.

Neste sentido, Domínguez (2009) afirma que as políticas públicas sociais, incluindo as políticas de saúde, devem ser compreendidas como ações implementadas pelo Estado para atender às necessidades individuais e coletivas da sociedade. Assim, a concepção de política de saúde é fundamental para que os gestores sejam capazes de implementar um conjunto de ações com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população.

Para Fleury e Ouverney (2008), a política de saúde, como uma política social, envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles. Da mesma forma, assume-se de fato que a saúde é um dos direitos inerentes à condição da cidadania, tendo em vista que a plena participação dos indivíduos na sociedade se realiza através de sua inserção como cidadãos.

Para Fleury e Ouverney (2008), o conceito mais disseminado sobre política de saúde e internacionalmente aceito, enfatiza o caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com as normas legais construídas, tendo por objetivo maior qualidade de vida da população.

Esta forma de entendimento sobre a conformação da política pública de saúde está presente na definição da World Health Organization (WHO), que afirma que consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é freqüentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde [...]. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.10).

Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.10).

De acordo com Paim e Teixeira (2006), entende-se como política de saúde a ação do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

[...] a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).



As políticas públicas de saúde no Brasil integram o campo da ação social do Estado, orientado para a melhoria da condição de saúde da população. Sua função específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas do governo para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da sociedade.

No Brasil, as políticas de saúde orientam-se desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, tendo em vista os princípios da universalidade e equidade no acesso aos serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão e de integralidade do atendimento e da participação da comunidade, na organização de um sistema de saúde único.

A discussão e o estudo das políticas públicas de saúde ganharam força no país, na década de 1980, momento em que a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos atores envolvidos na discussão sobre as condições de vida da população brasileira e sobre as propostas do governo apresentadas ao setor, contribuindo de maneira efetiva para ampliar o debate por toda a sociedade (BRAVO, 2001).

Nesta década, as análises acerca das políticas de saúde tiveram como aspectos centrais a ampliação do debate sobre as questões da saúde, alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, afirma Bravo (2001).

A ampliação da discussão sobre a saúde foi uma das primeiras ações a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar a visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e assegurar o apoio à implementação das mudanças propostas.

A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte de 1988, com toda articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto adequado às necessidades da população na área da saúde, e que incorporava grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

Já as mudanças do arcabouço e das práticas institucionais foram realizadas através de algumas ações que tiveram como objetivo o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços de saúde; a descentralização política e

administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.

Essas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem o processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político. (BRAVO, 2001, p. 12).

No final da década de 1980 existiam algumas dúvidas sobre o processo de implementação da reforma sanitária como a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com profissionais de saúde, a redução do apoio popular frente à ausência de resultados concretos na melhoria da qualidade do serviço de saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma (BRAVO, 2001).

Batista (2007) afirma ainda que o movimento sanitário possuía propostas concretas. Uma delas era a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir qualquer cidadão brasileiro de ter acesso à assistência de saúde. A outra proposta refere-se às ações de saúde que deveriam assegurar o acesso da população às ações de caráter preventivo e curativo, que desta maneira deveriam estar integradas em um sistema único. E a terceira proposta estava relacionada à descentralização da gestão administrativa e financeira, de forma que estivesse mais próxima da quarta proposição, que era a do controle social das ações de saúde. A complexidade das demandas a serem administradas reforça o debate sobre a gestão pública contemporânea.

De acordo com Barros, Piola e Vianna (1996), o Movimento da Reforma Sanitária consolidou-se no país, com suas principais bandeiras, que foram legitimadas em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde: a melhoria da qualidade da saúde da população brasileira; o reconhecimento da saúde como direito universal; a responsabilidade estatal da provisão das condições de acesso à saúde; a reorientação do modelo de atenção com base nos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão das ações e dos serviços.

Destaca-se que a primeira grande conquista deste Movimento da Reforma Sanitária foi em 1988, por meio da promulgação da Constituição Federal. O Artigo 196 da Constituição Federal define que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”, assegurando de maneira objetiva a universalidade do Sistema Único de Saúde do País. Ao incorporar este conceito, a Constituição Federal de 1988 impôs uma grande transformação ao sistema de saúde no Brasil.

Não só reconheceu a saúde como um direito social, mas também constituiu um novo paradigma para a organização da ação do Estado nesta área, exigindo uma transformação efetiva do sistema até então vigente, tanto pela perspectiva dos princípios que o regiam, quanto pelo modelo de atenção e das suas práticas sanitárias e de gestão institucional.

Conforme Fleury (1989), a burocratização afasta a população deste processo de reforma. A autora afirma ainda que a concretização da reforma possuía dois elementos de tensão: o reformador, que é fundamental para transformar as instituições e processos, e o revolucionário, que é a questão sanitária, que pode ser alcançada através da efetiva mudança das práticas de saúde.

Lecovitz, Lima e Machado (2001) constatam que para analisar a política de saúde nas décadas de 1980 e 1990, é fundamental levar em consideração a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde.

A necessidade de concretização da agenda construída pelo Movimento da Reforma Sanitária da década de 1980 e o rompimento com o modelo sobre o qual o sistema de saúde do país foi estruturado, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas públicas abrangentes e redistributivas, indicam a complexidade de ações que os governantes deveriam enfrentar na gestão do SUS.

Viana, Fausto e Lima (2003) afirmam que durante a década de 1990, o país vivenciou um processo gradativo de transferência de competência e de recursos do governo federal aos estados e municípios através da publicação de Normas Operacionais e Portarias.

De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2006, p. 270).

Frente a esta análise histórica constata-se que a política de saúde no Brasil nos últimos anos tem sido alvo de atenção e grandes discussões tanto na esfera governamental, quanto pelos movimentos da sociedade civil, institutos de pesquisa e instituições privadas. As questões relacionadas à saúde repercutem pelos meios de comunicação e ganham espaço privilegiado nos debates na sociedade brasileira.

Desta forma, as políticas públicas de saúde vêm sendo formuladas e implementadas visando uma reforma ampla do setor saúde, que opera com mudanças institucionais de grande envergadura e introduz novos espaços de interlocução permanente entre o Estado e a sociedade.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado de maneira democrática e com a participação da sociedade civil deve contar com mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade.

Souza (2002) constata ainda que o Brasil se organiza baseado em um sistema federativo, constituído por três esferas de governo e todas consideradas autônomas e sem vinculação hierárquica. Tal modelo de organização é adequado aos países com grande diversidade, pois favorece a valorização da democracia em situações de acentuadas de formação política, econômica, cultural e social.

Contudo, este sistema torna mais complexa a implementação de políticas de abrangência nacional, principalmente quando se referem às ações para redução das desigualdades sociais.

A implementação de políticas em um sistema federativo deve deixar bem claras as funções de cada um dos entes envolvidos, adotando mecanismos de articulação entre as três esferas de governo. No que diz respeito à implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, Souza (2002, p.10) assegura:

[...] agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos para atendê-las; interesse e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

Além destas questões, cabe uma reflexão sobre os grandes desafios no campo da saúde que devem ser enfrentados pelos atores governamentais e da sociedade civil, sendo possível destacar:

- assegurar a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do Sistema Único de Saúde que permitam contemplar a diversidade de problemas regionais e culturais do país, sem arriscar a unidade e a operação do sistema, tão importante para garantir a efetivação dos princípios constitucionais;
- identificar o equilíbrio entre as ações de regulação, responsabilidade e autonomia da gestão compartilhada pelas esferas municipal, estadual e federal, considerando as relações entre estes entes;
- estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação de recursos dos orçamentos públicos para a saúde, tendo em vista o princípio da equidade;
- construir novas formas de responsabilização dos governantes, gestores e cidadãos para o acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas públicas.

Outra questão a ser tratada pelos gestores de políticas públicas é a qualificação dos trabalhadores da saúde. Torna-se uma ação estratégica e vital a formação e qualificação permanente dos profissionais, devendo considerar as desigualdades de qualificação entre as regiões do país, além de maior precariedade no interior e em municípios de menor porte, onde existe uma maior carência do sistema de formação profissional.

As estratégias de formação por meio de redes colaborativas e alianças estratégicas envolvendo associações, inclusive entre centros de formação e serviços, é parte fundamental da qualificação continuada, seja no nível técnico, superior ou na pós-graduação.

A atual realidade de trabalho, a dinâmica e complexidade dos processos de trabalho exigem novas abordagens, que valorizem a formação do profissional, de modo distinto da abordagem tradicional de apenas transmitir o conhecimento. Deve se levar em consideração a formação e experiência do profissional, que com certeza contribui para a sua qualificação. E o desafio de ampliar ao máximo os programas de qualificação aos profissionais da saúde exige o desenvolvimento de novas tecnologias, produtos, processos e metodologias de ensino e comunicação.

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), outra maneira de se compreender a dinâmica da política de saúde é perceber que ela, por movimentar um grande volume de recursos financeiros, constitui um grande complexo de produção de bens e serviços que se apresenta como uma parte significativa da economia do país.

Desta forma, constata-se que a política de saúde tem também um forte vínculo com o âmbito econômico, pois contribui para a manutenção do nível econômico e a aceleração do ritmo das atividades produtivas, ao causar efeitos sobre outros setores como química e farmacêutica, de equipamentos, entre outras (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

A relação entre políticas de saúde, com as demais políticas sociais, e a economia é, em grande parte, uma relação tensa, pois os governos costumam ver as políticas sociais como áreas de gasto, e não de produção. Nos momentos de crise econômica e contenção de despesas, a área econômica do governo impõe limites aos gastos sociais para a preservação do equilíbrio financeiro (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

No entanto, as áreas de políticas sociais deveriam ser também vistas como áreas produtivas, pois são geradoras de inúmeros empregos e têm acentuada capilaridade, já que as redes de saúde e educação estão espalhadas por todo o país. Assim, além de geradoras de emprego, as políticas de saúde contribuem para o desenvolvimento econômico, ao impedir a mortalidade precoce e desnecessária e formar uma força de trabalho mais educada e em melhores condições sanitárias. (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 47).

Elias (2004) afirma ainda que as possibilidades de avanço campo da saúde estão associadas ao êxito do Estado na formulação das políticas públicas voltadas para a questão da exclusão social e reconhecimento da cidadania.

Assim, frente ao contexto apresentado, o autor assegura que a maior e mais importante política pública de saúde implementada no país foi a constituição do Sistema Único de Saúde, que ainda mantém-se como um projeto que busca avançar na construção de um sistema de saúde para todos os cidadãos, em um país populoso e com enormes desigualdades sociais.

### **2.1.1 O Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal promulgada em 1988 define que a saúde é um direito de todos e dever do estado. De toda forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) só foi regulamentado dois anos após a promulgação da Constituição Federal, por meio da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que delinearão com maior objetividade o modelo de atenção à saúde, bem como definiram as linhas gerais para orientar a redistribuição das competências entre as três esferas de governo.

Tais diretrizes deste novo modelo de atenção estão configuradas nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. O SUS também conta com três princípios organizativos, que devem funcionar frente aos princípios doutrinários, sendo eles: regionalização e hierarquização, descentralização e controle social.

A universalidade refere-se ao acesso às ações de serviços que devem ser garantidos a todas as pessoas, independente de sexo, cor, raça, renda, ocupação ou outra característica social ou pessoal. A equidade diz respeito à justiça social, assegurando a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, atendendo as reais necessidades da população e considerando as desigualdades de cada região. E a integralidade significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde atender a todas as suas necessidades (BATISTA, 2007).

A regionalização e hierarquização surgem como consequência do princípio da integralidade, tendo em vista que a rede de serviços do SUS deve ser organizada desta forma, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada.

Já a descentralização refere-se à distribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os governos municipais, estaduais e federal, a partir da perspectiva de que uma organização mais racional do sistema e próxima da população alvo torna a gestão mais eficiente e melhorar o atendimento. E por fim o controle social, tendo em vista que é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública (BATISTA, 2007).

O SUS avançou trazendo mudanças profundas em várias áreas, desde os programas de atenção, promoção, vigilância e planejamento em saúde, passando pelas novas responsabilidades e atuações do governo federal, dos estados e dos municípios, chegando à forma de financiamento e sustentabilidade do sistema.

Para Junqueira (1997) a descentralização entre as três esferas de governo tem como finalidade implementar um novo modelo de gestão no setor da saúde, constituindo um meio de democratização, e possibilitar a criação de mecanismos de controle, promovendo a mudança na forma de administração do Estado.

Barros, Piola e Vianna (1996) constatam que foram necessários três anos, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, para que o governo federal definisse uma estratégia objetiva para regulamentar o processo de descentralização. Assim, a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/93, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 545, de 20 de maio de 1993, estabelece as normas e procedimentos que regulam o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, formalizando, assim a estratégia do governo.

Para Souza (2002), a descentralização das responsabilidades e recursos para os estados e municípios constitui-se em um dos mais importantes instrumentos do processo de consolidação do SUS. Porém, tendo em vista as características do país e do modelo federativo, é fundamental que haja uma maior articulação entre os três níveis de governo de maneira a assegurar a toda população brasileira acesso a este sistema de saúde com qualidade.



Pereira (1998) constata que uma grande parcela da população brasileira depende dos serviços do SUS, que em função da insuficiência de recursos e da má gestão dos recursos disponíveis não consegue cumprir os princípios estabelecidos desde sua criação. Desta forma, na prática, o SUS ainda não consegue assegurar a universalidade e a equidade.

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002) a constituição do SUS exige dos gestores municipais, estaduais e federais uma busca de eficiência na aplicação dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos, entre outros. Compete ao gestor aplicar os recursos de forma a obter resultados expressivos e melhores condições de vida para a população brasileira.

No que se refere ao financiamento, o SUS conta com recursos das três esferas de governo. E com a aprovação da Emenda Constitucional 29 cada esfera de governo deve destinar obrigatoriamente um percentual mínimo para o financiamento das ações e serviços do SUS. Os estados devem destinar 12% da arrecadação própria mais transferências do Fundo de Participação dos Estados, os municípios devem contribuir com 15% da arrecadação própria mais transferências do Fundo de Participação dos Municípios, e a União contribui com o equivalente à correção pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior (ELIAS; DOURADO, 2011).

Sob uma perspectiva mais ampla, a constituição do SUS tem sido considerada como um dos mais bem sucedidos empreendimentos da democracia do país na área social, tendo em vista o seu caráter universal e igualitário. A inclusão de vastas camadas da população que até então estavam excluídas do acesso aos serviços de saúde, não apenas os serviços básicos, mas os de média e alta complexidade, e o sucesso de algumas políticas e programas, são exemplos concretos deste avanço.

Porém, ao se analisar o cotidiano da prestação do serviço de saúde, é possível identificar as deficiências deste sistema. As perversas desigualdades no acesso e utilização dos serviços, o mau atendimento, as filas, a superlotação das emergências, a escassez de recursos nas unidades de saúde são algumas das evidências da inadequação entre o proposto ao SUS e a realidade que a população encontra ao buscar o serviço público de saúde (LIMA, 2006).

Evidencia-se então o caráter contraditório do sistema de saúde no país: ao mesmo tempo que possibilita a realização de transplantes de coração, acesso à hemodiálise e distribuição gratuita de medicamentos para aids, muitas vezes não consegue assegurar a distribuição de medicamentos ou agendamento de consultas médicas básicas.

Tendo como perspectiva a formulação de uma agenda para os desafios a serem enfrentados na gestão do SUS, é possível registrar algumas questões como: dificuldades de acesso integral, universalizado e equânime em vários níveis do sistema a serviços, bens e insumos, principalmente aos medicamentos; desmobilização dos movimentos sociais para a defesa da saúde; a precarização dos trabalhadores da saúde; e a falta de integração e articulação entre as três esferas de governo para a definição de objetivos e diretrizes para as ações no campo da saúde (BRAVO et al., 2007).

Ao mesmo tempo que estes enfrentamentos e desafios para o SUS são relacionados, Bravo et al. (2007) apresentam também proposições para transformar esta realidade, possibilitando a oferta de sistema de saúde capaz de responder às necessidades de todos cidadãos, como a definição de uma política de garantia de direitos sociais; a defesa da seguridade social como uma política de proteção social; o aprimoramento do modelo de financiamento do SUS; a ampliação do desenvolvimento tecnológico e inovação em equipamentos, insumos, métodos e processos de gestão; e o fortalecimento do parque tecnológico público de produção de medicamentos e insumos estratégicos para a saúde.

Para Elias e Dourado (2011) o SUS constitui um caso muito particular ao se manter contra todas as adversidades como um projeto que avança no sentido da construção de um sistema de saúde universal, em um país continental e populoso marcado por grandes desigualdades sociais. Este pode ser um grande exemplo e uma importante contribuição do Brasil à América Latina e aos países emergentes.

Apesar dos inúmeros e reconhecidos avanços e benefícios gerados, o SUS apresenta-se com relativo grau de vulnerabilidade, por conta de algumas políticas mal definidas e mal planejadas, e de inadequada gestão dos recursos públicos, que em algumas áreas podem ser insuficientes e instáveis ou mal administrados. A saúde pública e o SUS ainda precisam ganhar centralidade e

prioridade na agenda dos governos, de modo a superar fragilidades e riscos à sua condição de política de Estado e de interesse maior da sociedade.

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem implementando mudanças significativas no exame dos pleitos de cooperação para atender aos princípios de racionalidade/descentralização administrativa, visibilidade e transparência, conforme estabelecido na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e nas Normas Operacionais do SUS.

Portanto, O Ministério da Saúde (2005) apresenta algumas diretrizes para a formalização de cooperação no âmbito do SUS, que visam justamente a atender às estratégicas de governo:

- contribuir no processo de elaboração de pleitos para aplicação de recursos financeiros no âmbito do SUS;
- compatibilizar a aplicação de recursos financeiros às prioridades definidas em conjunto pelas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) e pelo controle social (Conselhos de Saúde);
- avançar na estruturação qualificada da rede de serviços do SUS;
- adequação às necessidades locais, considerando as diretrizes prioritárias por macrorregiões: Centro-oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul; a população e sua especificidade; e a demanda esperada de usuários;
- adequação às necessidades locais, considerando o papel do estado e/ou município na gestão do SUS, indicando as melhores alternativas para sua consolidação.

Da mesma forma, define critérios para análise dos projetos que serão desenvolvidos por meio de cooperação, sendo considerados os principais:

- papel estratégico para a descentralização do SUS;
- atendimento de grupos estratégicos;
- desenvolvimento da força de trabalho;
- racionalidade do investimento;
- coerência com as prioridades nacionais de investimentos no complexo produtivo da saúde, que envolve o Estado (gestor das políticas públicas de saúde e regulador do setor), as redes de serviços de saúde pública (SUS) e privada (saúde suplementar), bem como as indústrias farmacêuticas e de insumos e equipamentos de uso médico;

- verificação da sustentabilidade do projeto;
- custo-efetividade do projeto;
- impacto sobre a cobertura e a integralidade das ações de saúde.

Quando da alocação de recursos do Ministério da Saúde para os projetos de cooperação, são observados os principais critérios:

- relevância dos projetos;
- coerência com as macrodiretrizes do Ministério da Saúde e com a infraestrutura existente;
- viabilidade e sustentabilidade na execução do projeto, bem como em sua manutenção;
- compatibilidade tecnológica;
- recursos humanos adequados à utilização da tecnologia em questão, entre outros.

As ações definidas por meio de cooperação podem melhorar e aperfeiçoar o sistema de saúde no país, assim como possibilitar a oferta um serviço de saúde de qualidade para a população brasileira. Neste sentido, destaca-se ainda que em função do cumprimento do seu papel de gestor federal do SUS, o Ministério da Saúde tem como uma de suas responsabilidades relevantes a de cooperar, técnica e financeiramente, com órgãos e entidades, mediante a transferência regular e automática de recursos e a celebração de convênios e demais instrumentos.

Assim, a compreensão de que o SUS é um sistema complexo e que necessita estabelecer articulação entre instituições das três esferas de governo, organizações da sociedade civil e setor privado conduz ao desenvolvimento de ações por meio de parcerias e formalização de alianças estratégicas.

## 2.2 ARRANJOS COOPERATIVOS: ALIANÇAS ESTRATÉGICAS

As transformações sociais ocorridas ao longo dos últimos anos, além da necessidade de interação entre o Estado e a sociedade e entre as organizações do próprio Estado, fez com que os governos iniciassem um processo de busca por modelos de gestão baseados em cooperação e alianças estratégicas entre organizações públicas, privadas e não governamentais.

Esse modelo de gestão baseado em alianças entre as organizações possibilita a integração entre seus participantes, promovendo uma maior interação e interdependência, o que facilita a transferência de conhecimento e informação e assegura o alcance dos resultados de forma mais eficaz.

O campo de estudos sobre alianças estratégicas é multifacetado e pode ser compreendido sob duas perspectivas: na primeira, as alianças são reduzidas a um fenômeno puramente econômico, tendo como base uma visão simplificada da realidade e da natureza humana e explicado seu funcionamento a partir de modelos quantitativos; na segunda, alianças são reconhecidas como um fenômeno econômico, social, cultural e político (LOPES; BALDI, 2009).

A literatura propõe que uma aliança ocorre quando duas ou mais organizações decidem conjugar esforços para perseguir um objetivo comum (AAKER, 1995; BRITO, 2008). Sob esta ótica, compreende-se a existência de um pacto ou acordo conveniente entre as partes, nas quais ambas identificam criação e adição de valores comuns, conectividade de objetivos, de responsabilidades, de ônus e de benefícios.

Para Noletto (2004, p.14) o conceito de alianças estratégicas pode ser compreendido da seguinte forma:

Envolvem a cooperação entre duas ou mais entidades. Representam um meio de as instituições manterem suas estratégias individuais, apesar dos recursos limitados em algumas áreas, e fortalecerem-se ao encontrar outras organizações com as quais possam cooperar. Representam uma importante forma de cumprir a missão e atingir objetivos de transformação social.

As instituições que desejam formar alianças estratégicas devem chegar a um consenso quanto aos resultados que desejam alcançar, pois embora possuam objetivos diferentes, precisam ter também objetivos comuns para estabelecerem o

cenário de cooperação. Essa necessidade mútua gera o compromisso em torno de uma aliança e, uma aliança dura enquanto durar o interesse de ambas as partes. Para Lewis (1992), as alianças estratégicas possibilitam acesso a muito mais recurso do que qualquer instituição isolada, além de expandir sua área de atuação, ampliar investimentos e incorporar tecnologias.

Conforme Lorange e Roos (1996), uma aliança estratégica deve ser estruturada desde que ambas as partes tenham a intenção estratégica de que ela seja realmente bem-sucedida. Para isto, as intenções das instituições envolvidas devem ser declaradas explicitamente e estabelecidas desde o início, pois é nesta fase que as dimensões analíticas e políticas são discutidas com clareza e que a base da confiança e do compromisso é estabelecida.

Em diferentes níveis, a análise das relações entre as organizações vêm aumentando em importância, evidenciando diversas abordagens adotadas para a compreensão do assunto, afirmam Cunha e Melo (2004). Neste sentido, DiMaggio e Powell (1983) já destacavam esta relevância:

A mudança no nível de análise para uma abordagem externa à organização tem mostrado ser pertinente para a compreensão da complexidade organizacional e do ambiente. Nesse sentido, o entendimento das relações interorganizacionais é um passo importante, principalmente no momento atual, em que os efeitos das mudanças ambientais têm sido notados no dia-a-dia das organizações, forçando-as a novas estruturas ou estratégias. (DIMAGGIO; POWELL, 1983, *apud* CUNHA; MELO, 2004, p.80).

Powell (1990) evidencia que as alianças estratégicas, como arranjos não burocráticos e não hierárquicos, representam uma forma diferenciada de ação possibilitando que a cooperação seja mantida por um período longo como um arranjo efetivo. Além disso, criam incentivos para aprender e para disseminar conhecimento e oferecem meios efetivos de utilizar e alcançar ativos intangíveis, como conhecimento tácito e inovação tecnológica.

Aaker (1995) e Brito (2008) destacam ainda que o campo teórico pode ser dividido em visões de base econômica das alianças – incluindo teoria dos custos de transação –, estratégias corporativas, e sob a perspectiva do campo interorganizational. A maioria dos autores dessa área tem utilizado os conceitos de forma mais generalizada, como acordos de colaboração, associações, acordos de cooperações, *networks* e parcerias (OSBORN; HAGDOORN, 1996).

Neste sentido, o conceito básico de aliança estratégica pode ser entendido como a cooperação entre organizações em torno de suas necessidades mútuas, compartilhando riscos para alcançar um objetivo comum. Assim, as alianças estratégicas podem proporcionar aos envolvidos maior probabilidade de eficácia diante dos desafios e oportunidades do contexto em que estão inseridos (BRITO, 2008).

Noletto (2004) assegura que as organizações, que poderiam atuar de forma independente, decidem formar uma aliança estratégica para uma determinada ação motivadas pela consciência da sua importância e complexidade, e principalmente pela constatação de que das organizações aliadas compartilham crenças, valores e interesses que as conduzem a um posicionamento estratégico comum diante de uma dada realidade.

Nohria (1992) completa esta análise evidenciando que os relacionamentos interorganizacionais são considerados fenômenos dinâmicos e são constituídos no ambiente social das organizações, que é também continuamente moldado e adaptado pelas ações dos atores envolvidos nele.

Hardy, Lawrence e Grant (2005) atentam para o fato de que a formação de alianças estratégicas vem sendo adotadas em todos os setores da sociedade de maneira a promover a inovação, produzir conhecimento e potencializar resultados.

Ao colaborar, organizações acreditam equilibrar as diferenças entre elas – em termos de conhecimentos, habilidades e recursos – assim como desenvolver soluções sinérgicas e inovativas para problemas complexos que não podem resolver elas próprias. (HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2005, p. 58).

Hardy, Lawrence e Grant (2005) explicam ainda que embora os arranjos colaborativos tenham um grande potencial para produzir resultados efetivos, nem sempre este potencial se realiza de fato. Muitas ações realizadas por meio de cooperação não conseguem alcançar os resultados esperados.

Assim, os autores reforçam a necessidade de olhar a formação de alianças como uma construção coletiva onde atores individuais e coletivos precisam negociar e equilibrar seus interesses, permitindo, desta forma, construir ao longo do tempo uma identidade coletiva, que deve guardar espaço para as diferenças, para o debate e para as transformações.

Para Barbosa (2010) a promoção de ações por meio de alianças estratégicas e cooperação tem os seguintes objetivos: o aprendizado, a racionalização, a alavancagem, o relacionamento, o *leaping* e o conluio. Destaca-se ainda os aspectos positivos e negativos conseqüentes de cada um dos objetivos apresentados, no quadro abaixo.

### Objetivos da Cooperação

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
APRENDIZADO (learning)	Obter o necessário <i>know how</i> (mercado, tecnologia, gestão) com o objetivo de reduzir incertezas	Baixos custos e baixos riscos (comparada com aquisição ou desenvolvimento interno)	Oportunismo do parceiro, desafios organizacionais
RACIONALIZAÇÃO (enxugamento, leaning)	<u>Terceirizar</u> atividades da cadeia de valor	Vantagens da especialização, diminuir custos	Dependência do parceiro, separação geográfica e organizacional das funções
ALAVANCAGEM (leveraging)	Integração completa de <u>funções</u> da empresa com as do parceiro	Obtenção de novos recursos (economias de escala)	Aumento da burocracia, mudanças ambientais, decisões mais lentas
RELACIONAMENTO (linking)	Relações mais estreitas com fornecedores e clientes	Coordenação mais estreita de atividades verticais	Maior inflexibilidade das relações verticais (base pequena de fornecedores)
LEAPING	Beneficiar-se, <u>sem internalizar</u> , de uma competência essencial completamente diferente	Expandir o universo de oportunidades de mercado	Incompatibilidade cultural
CONLUIO (locking out)	Reduzir poder de competição de não parceiros, através de acordos secretos de fixação de níveis de produção e de preço	Ausência temporária de competição	Posicionamento estratégico estático, vantagem efêmera, reações do governo e de consumidores

Fonte: Barbosa (2010) – baseado em Mintzberg



Di Pietro (2002) também já havia ressaltado que as alianças podem ser utilizadas de diferentes maneiras, especialmente no setor público, entre as quais se destacam a forma de delegação da execução de serviços públicos, através de concessão e permissão; por meio do fomento à iniciativa privada de interesse público, na forma de convênio ou contrato de gestão; sob formas de cooperação na execução de atividades próprias da Administração Pública; pelo instrumento da terceirização, como contratos de obras e serviços, por meio de empreitada; ou como instrumento de desburocratização e de instauração da chamada Administração Pública Gerencial, com contratos de gestão.

Para Fischer (2008), no campo da administração pública, a formação de alianças estratégicas é fundamental para o processo de constituição e implementação de políticas públicas. Para a autora, programas, projetos e políticas possuem maiores condições de obterem resultados concretos quanto realizados por meio de alianças.

A constituição e implementação de políticas públicas, por sua complexidade e ampla abrangência, dificilmente alcançariam resultados significativos se realizados de forma exclusiva por uma organização. De fato, a própria estrutura do Estado e de suas instituições conduzem à formalização de alianças estratégicas, com vistas à implementação de projetos de grande impacto para a população no país, alcançando ainda a legitimidade de suas ações e das próprias instituições.

Os teóricos institucionalistas empregam este conceito de legitimidade considerando que os relacionamentos entre as organizações possibilitam ganhar ou aumentar a reputação, imagem, prestígio e alcançar convergência com as normas prevalecentes em seus ambientes institucionais.

Diversos teóricos, como Powell, Meyer, Rowan e Scott destacaram a importância das relações entre a organização e o ambiente, considerando a cultura e sua influência sobre elas. A visão institucional entende as organizações como tendo duas dimensões essenciais: a técnica e a institucional.

O ambiente técnico caracteriza-se pela troca de bens e serviços, enquanto o ambiente institucional conduz o estabelecimento e a difusão de normas de atuação, necessárias ao alcance da legitimidade organizacional. Deste modo, organizações submetidas a pressões do ambiente técnico e do ambiente institucional são avaliadas, respectivamente, pela eficiência e pela adequação às exigências sociais. (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; FERNANDES, 1999, p. 113).

Destaca-se ainda que as forças e pressões exercidas pelos dois ambientes, técnico e institucional, se dão em diferentes proporções e são, portanto, combinadas diferentemente em cada organização, de forma que todas as organizações as sofrem em maior ou menor grau, devendo ser tratadas como dimensões ao longo da qual variam.

A Teoria Institucional reconhece também o poder do ambiente para moldar a estrutura organizacional e afetar o seu desempenho, considerando ainda as dimensões cognitiva e normativa, nesse processo que concebe elementos sociais e culturais como determinantes organizacionais.

Os teóricos institucionalistas não vêem a organização apenas como receptora passiva das demandas ambientais, mesmo sob pressões isomórficas. Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) ressaltam ainda que as organizações interagem com seu ambiente a procura de legitimação. Neste sentido, é possível evidenciar que os arranjos cooperativos podem ser motivados por diversos aspectos, que envolvem análises políticas, econômicas, sociais e ambientais.

A cooperação, no campo da administração pública, pode ser entendida pelos laços e interdependências que existem entre as organizações, podendo observar que a racionalidade que perpassa a decisão de formação de um arranjo cooperativo pode estar vinculada mais por interesses políticos e de legitimidade do que a eficiência e eficácia organizacional (LOPES; BALDI, 2009).

É sob esta perspectiva que a ENSP/FIOCRUZ, desde sua fundação, desenvolve ações primordialmente por meio de cooperação e alianças estratégicas. Uma instituição que tem como missão servir aos interesses do Estado precisa estabelecer articulação com demais instituições para implementar suas ações.

## 2.3 ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

Toda atividade organizada demanda uma divisão do trabalho em diversas tarefas e uma coordenação dessas tarefas de modo a obter resultados. Assim, o desenho de uma estrutura organizacional é de fundamental importância para a eficácia do funcionamento de uma instituição, pois contempla as relações de autoridade e poder, as formas de definição do trabalho e suas tarefas, as formas de coordenação dessas tarefas, e os elementos que propiciam a manutenção do ambiente interno.

Para Mintzberg (2003), as organizações são estruturadas para capturar e dirigir os sistemas de fluxos e para definir os relacionamentos das diferentes partes. Considerando essa afirmação do autor, um número limitado de configurações explica a maioria das tendências que levam as organizações eficazes a estruturarem-se por si mesmas. Assim, Mintzberg (2003) evidencia em seu estudo que todas as tendências que venham a surgir, possam ser desenhadas a partir de cinco configurações: Estrutura Simples, Burocracia Mecanizada, Burocracia Profissional, Forma Divisionalizada e Adhocracia.

Dentre as configurações propostas pelo autor, destaca-se a burocracia profissional, que possibilita a compreensão da estrutura e forma de atuação e inserção da ENSP/FIOCRUZ no cenário nacional, e principalmente na articulação com seus parceiros nas ações de cooperação.

Mintzberg (2003) propôs que as organizações podem ser burocráticas sem serem centralizadoras, e denominou essa configuração de burocracia profissional. Essa estrutura baseia seu fundamento na coordenação da padronização das habilidades, com foco no treinamento e na doutrinação.

Uma organização que tem uma estrutura de burocracia profissional apoia-se em profissionais qualificados, devidamente treinados para seguirem os objetivos centrais da organização, aloca-os no núcleo operacional, concedendo quase que total controle sobre a execução de seu próprio trabalho, o que permite agir independentemente de seus pares.

Apesar de ser complexo e requerer o controle direto dos operadores que o executam, o trabalho operacional é estável, leva à padronização pelo seu comportamento sistemático e previsível. As peculiaridades dessa estrutura

configuram uma padronização das habilidades, e descentralização nas tomadas de decisão, como por exemplo, as organizações médico-hospitalares, organizações de ensino, empresas de auditoria e as de produção artesanal (MINTZBERG, 2003).

O grande poder existente no núcleo operacional faz com que essa seja a área central da organização. A única outra parte também completamente elaborada é a assessoria de apoio, apesar de o seu foco ser atender ao núcleo operacional. A tecnoestrutura não é altamente elaborada, porque há baixa necessidade de planejamento e formalização do trabalho dos profissionais. A linha intermediária é estreitada, uma vez que existe pouca necessidade de supervisão direta.

A burocracia profissional é uma estrutura democrática para os profissionais do núcleo operacional, pois eles não apenas controlam seu próprio trabalho, como também buscam o controle coletivo sobre as decisões administrativas que lhes afetam, garantindo que a linha intermediária seja devidamente assessorada pelos seus próprios pares.

Para Aguiar e Martins (2003), uma organização com uma estrutura caracterizada pela burocracia profissional, cuja essência é impregnada pelo relacionamento democrático, tem no ajustamento mútuo o mecanismo de coordenação que melhor se encaixa, o qual encontra um ambiente perfeito para ser posto em prática, pois as habilidades, apesar de serem complexas e demandarem alto grau de treinamento, são bem definidas e passíveis de padronização.

A burocracia profissional se apoia na padronização das habilidades dos especialistas, permitindo que estes consigam se coordenar por saberem exatamente o que esperar de seus colegas de trabalho. O treinamento inicial é obtido pela educação em universidades, escolas técnicas ou instituições que programam formalmente as habilidades e conhecimentos que compõem o perfil daquele profissional. O treinamento no serviço, onde é aplicado na prática o conhecimento adquirido, é acompanhado por outros profissionais mais experientes, completando o processo de doutrinação.

Conforme Mintzberg (2003), as condições para a burocracia profissional existem onde haja uma organização dominada por trabalhadores com habilidades difíceis de aprender e com procedimentos bem definidos e específicos. Para tanto, a organização deve atuar em um ambiente complexo e estável. Os

fatores idade e dimensões da organização são menos relevantes para a existência da burocracia profissional do que seu ambiente.

Entretanto, são nas características de democracia e autonomia que existem os maiores problemas da burocracia profissional, pois não há controle do trabalho além daquele da profissão em si, possibilitando que os profissionais omitam suas deficiências. A autonomia não somente permite, mas encoraja certos profissionais a ignorar as necessidades da organização. Outro problema é a fraca capacidade de resolver muitas necessidades que surgem na organização, decorrente da frágil coordenação desempenhada pela padronização de habilidades.

Assim, a burocracia profissional é mais adequada para produzir resultados padronizados do que para resolver problemas. A questão da classificação, ou diagnóstico, realizada pelo profissional, faz com que novos problemas sejam incluídos em velhas rotulações, causando grandes problemas. Enquanto o ambiente se mantém estável, a burocracia profissional não encontra problemas, pois continua refinando suas habilidades e seu sistema de diagnósticos. Já em condições dinâmicas, as mudanças exigem novas habilidades e novas formas de classificar as questões, bem como esforços criativos por parte de equipes multidisciplinares, o que demanda outro tipo de configuração.

Por ser a burocracia profissional essa estrutura tão permeada de autonomia, os processos de trabalho, pela complexidade e sofisticação, inviabilizam a formalização por meio de normas e regulamentos e os resultados não podem ser padronizados através de sistemas de planejamento e controle, afirmam Aguiar e Martins (2006).

Esse modelo de estrutura permite a valorização dos profissionais qualificados e especializados em detrimento da especialização funcional. Tem como objetivo dar mais relevância às especializações das qualificações individuais do que na divisão do trabalho.

A principal vantagem deste modelo é resultado das competências e qualificações de seus profissionais, que permitem um elevado desempenho de suas atividades. Aliada a esta questão, destaca-se que neste modelo de estrutura, os profissionais possuem elevada autonomia, o que também possibilita aos profissionais um eficiente desempenho de suas ações (MINTIZBERG, 2003). Mas também apresenta algumas desvantagens, pois existe uma tendência para que as

diferentes subunidades ou departamentos entrem em conflito, podendo acarretar dificuldade de coordenação.

A ENSP/FIOCRUZ como uma instituição que atua na área de ensino, pesquisa, gestão e inovação tecnológica é a representação da configuração de uma burocracia profissional. Suas ações são formuladas, implementadas, coordenadas e avaliadas pelo seu corpo de pesquisadores e especialistas que se articulam com demais organizações, assumindo responsabilidades, coordenando projetos e captando recursos para viabilizar as atividades-fim da instituição.

Essa articulação, de forma independente dos pesquisadores, amplia o campo de atuação da ENSP/FIOCRUZ e possibilita a realização de alianças estratégicas com instituições relacionadas direta e indiretamente ao campo da saúde pública, tendo em vista que seu corpo de especialistas é multidisciplinar.

Esses pesquisadores e especialistas assumem papel de protagonismo na instituição, uma vez que são eles os responsáveis por viabilizar a implementação das ações da Escola. Assim, gozam de um alto grau de autonomia não apenas no processo de qualificação profissional, mas também na representação da ENSP/FIOCRUZ para formalizar acordos de cooperação e alianças estratégicas com instituições parceiras.

## CAPÍTULO 3 - O CASO ESTUDADO

### 3.1 O PAPEL DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Criada em 1900, com a denominação de Instituto Soroterápico Federal, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) recebeu a sua identidade atual em 22 de maio de 1970, com a finalidade de desenvolver atividades no campo da saúde, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico.

A FIOCRUZ é o órgão de ciência e tecnologia do Ministério da Saúde e, como tal, integra na sua missão a articulação entre a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento de tecnologias, a produção de insumos estratégicos em saúde, a oferta serviços de diagnóstico, de análise da qualidade de produtos, de atenção especializada à saúde e de distribuição de medicamentos, o ensino, a cooperação em âmbitos nacional e internacional e a informação e comunicação em saúde, com a finalidade de proporcionar apoio estratégico ao SUS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010).

Nesse contexto, a instituição trabalha para alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

- gerar inovações tecnológicas (serviços e produtos) em saúde e disseminá-las, com vistas a garantir o acesso da população a insumos estratégicos e a ampliar a autonomia do Estado na provisão destes insumos;
- desenvolver, experimentar e avaliar modelos de atenção à saúde na perspectiva de redes integradas de serviços, centrados na integralidade de atenção e na qualidade do cuidado;
- gerar e prover acesso a informações e conhecimentos estratégicos em saúde, com vistas a dar suporte ao processo de formulação e implantação de políticas públicas que impactem nos determinantes e condicionantes sociais da saúde;
- colaborar para ampliar a capacidade nacional de vigilância em saúde, por meio da produção de conhecimentos, metodologias e modelos de intervenção, mediante parcerias nacionais e internacionais;

- intensificar a formação de quadros estratégicos para o SUS, em escala nacional, mobilizando a rede instalada de instituições formadoras;
- contribuir para a redução dos riscos à saúde, aos quais estão expostas as populações mais vulneráveis do país, incluindo populações urbanas e rurais marginalizadas, populações indígenas e quilombolas, e população de fronteira e acampados.

A FIOCRUZ cumpre um papel central na formulação e implementação de políticas por meio da articulação entre ciência e tecnologia e o sistema de saúde, desenvolvendo soluções cientificamente embasadas e tecnicamente viáveis para problemas sanitários da população. Contribui assim para que o Estado brasileiro assuma um papel protagonista na produção de bens e serviços de caráter público, que impactam na saúde da população.

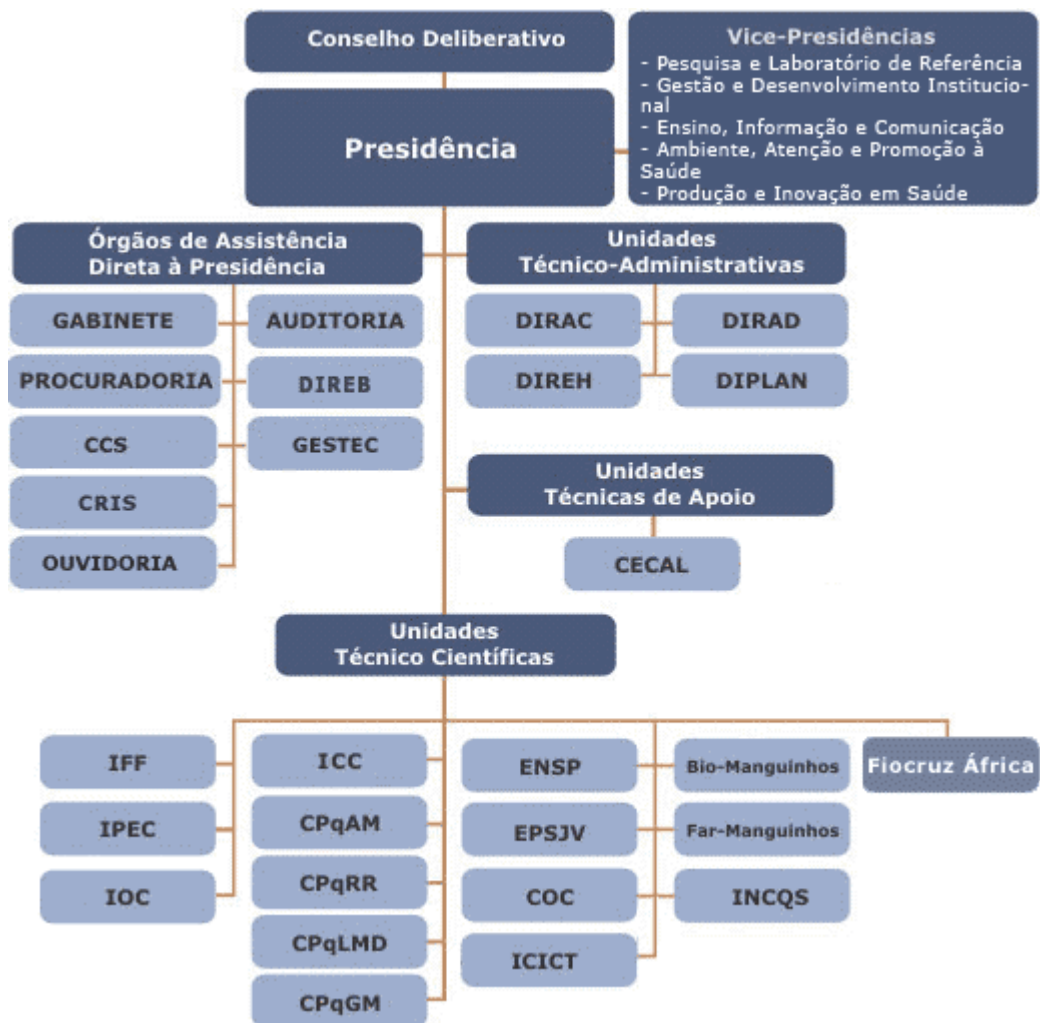
As políticas públicas no campo da ciência e tecnologia em saúde vêm sendo marcadas pela construção de um conceito mais amplo de desenvolvimento que propicia a inserção do setor saúde e, por consequência, do complexo produtivo da saúde, na temática do crescimento nacional em termos macro e microeconômicos.

Nesta perspectiva, o objetivo principal é o desenvolvimento de capacidades internas no âmbito da produção científica, da inovação e do desenvolvimento tecnológico que minimize a dependência externa do país.

Considerando a diversidade de ações da FIOCRUZ, desenvolvidas por meio de suas unidades técnico-científicas, é possível constatar que a instituição, em função da sua própria conformação, desenvolve ações nas mais diversas áreas da saúde, contribuindo de maneira expressiva para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, conforme organograma apresentado.



## Organograma da FIOCRUZ



Fonte: Fiocruz (2012) – [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

As atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde na FIOCRUZ são tratadas sob diversas óticas, abrangendo desde o campo da biologia básica até o das ciências sociais. Têm como objetivo fornecer respostas às questões apresentadas pelo quadro nacional, a partir da obtenção de novos conhecimentos para a promoção da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças prevalentes no país, do desenvolvimento de processos e produtos, de tratamentos clínicos específicos e da abordagem de temas relacionados com a saúde coletiva.

A convivência das atividades de pesquisa pura e aplicada e de produção confere à FIOCRUZ um potencial singular para o desenvolvimento tecnológico, dificilmente encontrado em outras instituições brasileiras de ciência e tecnologia. De fato, a FIOCRUZ constitui-se em um dos centros mais capacitados do

país em biotecnologia aplicada à saúde e em tecnologia para a área farmacêutica, além de desenvolver tecnologias de controle da qualidade, de ecologia e meio ambiente e de equipamentos, entre outras.

Na FIOCRUZ, a atividade de ensino é desenvolvida em estreita articulação com a de pesquisa. Ambas têm por objetivo geral a ampliação do conhecimento científico e sua difusão, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população brasileira. A atividade de ensino visa especificamente à formação de recursos humanos para o SUS e para o quadro nacional de ciência e tecnologia em saúde. As ações nessa área são desenvolvidas, de forma permanente e sistemática, por diversas unidades da FIOCRUZ. São oferecidos vários cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especialização, atualização, aperfeiçoamento e residência), cursos técnicos de nível médio e elementar, além de estágios para estudantes em vários níveis e áreas da saúde.

O programa de produção de bens e insumos para a saúde engloba a produção de medicamentos, vacinas, reativos para diagnóstico e outros insumos estratégicos, destinados ao Ministério da Saúde para distribuição à rede pública do SUS e às áreas de ciência e tecnologia que demandem insumos críticos. As atividades de produção na FIOCRUZ são de importância estratégica para a Política Nacional de Saúde, garantindo o suporte indispensável a programas do Ministério da Saúde, tais como o da Assistência Farmacêutica, de Combate às Grandes Endemias e o Programa Nacional de Imunizações.

As atividades assistenciais exercidas pela FIOCRUZ têm características específicas, que ultrapassam a tradicional prestação de serviços de saúde à população e o simples atendimento hospitalar. O fato dos serviços assistenciais estarem integrados ao ensino e à pesquisa proporciona maior capacitação tecnológica e de recursos humanos, contribuindo para a elevação do nível de qualidade da atenção à saúde.

A FIOCRUZ possui diversas unidades responsáveis pelas atividades assistenciais, entre as quais dois hospitais, um centro de saúde, outros setores menores de atendimento ambulatorial, como o ambulatório especializado em hanseníase, e centros de referência. A FIOCRUZ também é centro de referência nacional e internacional em diversas áreas de atuação em saúde, tais como no

diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias (AIDS, leishmanioses, infecções oftalmológicas, hanseníase, malária e doença de Chagas) e em áreas de clínica médica (genética, anatomia patológica, aleitamento materno, perinatologia e tratamento de recém-nascidos de alto risco).

Na área de controle da qualidade, a FIOCRUZ desempenha importante papel no Sistema de Vigilância Sanitária (SVS), trabalhando em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visando proteger a população contra as situações de risco e os fatores nocivos associados à produção e à comercialização de alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, produtos biológicos, sangue e hemoderivados, artigos de saúde, hemodiálise, ambiente e outros produtos de uso corrente.

No contexto internacional e alinhado com o moderno conceito de saúde e diplomacia, o Ministério da Saúde fortaleceu suas atividades de cooperação internacional, em estreita articulação com as diretrizes políticas do Ministério das Relações Exteriores. Neste sentido, a FIOCRUZ constitui-se como o principal executor da política setorial de cooperação internacional, com prioridade para os países da América Latina, da África e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

A FIOCRUZ tem na internacionalização de suas ações uma de suas principais estratégias de desenvolvimento e, particularmente no que diz respeito à Política de Cooperação entre Países em Desenvolvimento (CEPD), tem exercido papel de liderança na cooperação em saúde. E vem intensificando sua atuação em países da América Latina e África, atendendo assim às diretrizes do Ministério da Saúde.

A FIOCRUZ participa de outras redes colaborativas internacionais, como: Rede Ibero Americana de Ciência e Tecnologia para Desenvolvimento (CYTED); Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS); Rede Internacional para Estudos de Ecologia, Comportamento, Biologia, Genética (ECLAT); Rede de Investigação de Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul (Rede SALUD); Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi); Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Rede Latino-Americana de Patrimônio Histórico e Cultural da Saúde; Observatório de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (OCTIS); Adults AIDS Clinical Trials Network

(ACTG); The HIV Prevention Trials Network (HPTN); Rede Interagencial de Informação para Saúde e Rede Internacional de Geografia da Saúde.

Entre as instituições de grande envergadura no continente europeu e norte-americano que desenvolvem projetos de pesquisa, ensino, comunicação e informação em cooperação com as várias unidades da FIOCRUZ, constam National Institute of Health, Center for Disease Control, Fogarty International Centre, Johns Hopkins, University of Massachusetts, Cornell e California University, nos EUA; Instituto Pasteur, Institut National de La Santé et de La Recherche Médicale, Centre National de La Recherche Scientifique e Institut de Recherche pour Le Développement, na França; Instituto de Salud Carlos III, Universidade de Barcelona e de Valencia, na Espanha; e Instituto de Medicina Tropical Antuérpia, na Bélgica.

Por fim, a FIOCRUZ continua desenvolvendo ações conjuntas na área de saúde com organismos internacionais como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), The United Nations Children's Fund (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

A FIOCRUZ, em sua condição de instituição pública estratégica para a saúde, é agente da dinâmica do desenvolvimento do Estado brasileiro e assim se apresenta ao governo e à sociedade. Essa posição sintetiza e embasa as orientações políticas para a FIOCRUZ, sendo referência para seu planejamento, sua inserção no Estado e seus compromissos com a sociedade.

No papel que cabe a FIOCRUZ no Estado, evidencia-se que a ENSP, uma de suas unidades científicas, possui atuação destacada no campo da saúde pública, sendo considerada uma instituição de referência no ensino, pesquisa, assistência e gestão para o sistema de saúde.

Frente a este protagonismo no campo da saúde pública, nas três esferas de governo, junto às organizações da sociedade civil e organismos internacionais, a ENSP fortalece sua posição, como instituição de referência no campo, assim, como contribui efetivamente para transformação social deste país.

## 3.2 A ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

### 3.2.1 Histórico institucional

Criada em 1954 pela Lei nº 2.312, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), tinha como missão a formação de pessoal técnico especializado na área da saúde. Vinculada ao recente Ministério da Saúde que havia sido desagregado do Ministério da Educação um ano antes, em 1953, a ENSP torna-se o centro de formação daquele ministério para a formação e capacitação dos seus quadros funcionais.

Inicialmente, os cursos da Escola eram destinados a médicos, enfermeiras e engenheiros. Em 1958, o Decreto nº 43.926 estabelece que os cursos de Saúde Pública deviam ser oferecidos na modalidade de aperfeiçoamento, especialização e atualização.

Quando em 1966 a ENSP é transformada em fundação, denominada Fundação Ensino Especializado Nacional de Saúde Pública (FENSP), a partir da promulgação da Lei nº 5.019/66, a Escola ganha autonomia didática e pedagógica, possibilitando a expansão dos cursos e a inclusão de outras categorias profissionais.

Os Cursos Básicos de Saúde Pública eram os principais da ENSP, levando a primeira turma de Mestrado em Saúde Pública, que ocorreu entre 1967 e 1968 e ao Curso de Especialização em Saúde Pública, iniciado em 1969.

No ano seguinte, em 1970, é criada a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a ENSP tem seu nome alterado para Instituto Presidente Castelo Branco (IPCB). Somente em 1976 a Escola voltaria a ser denominada Escola Nacional de Saúde Pública.

Com a reforma administrativa implantada pelo Decreto-Lei nº 200 em 1967, há uma nova necessidade de formação dos recursos humanos, principalmente no início da década de 1970. Assim, o início desta década foi um momento de implementação dessas reformas, quando se tornam concretas as necessidades de preparação de recursos humanos requerendo da Escola uma reorganização de caráter pedagógico, que viesse a traduzir aquelas diretrizes em uma nova forma de gestão do setor público.

Desta forma, o Curso de Saúde Pública mudou sua estrutura, enfatizando o componente de administração para formar um sanitarista com perfil de “administrador do serviço de saúde”. Estas mudanças claramente apontavam para um alinhamento entre a formação e a demanda governamental, ou seja, uma maior aproximação com as necessidades do serviço.

As mudanças também elevaram a importância dos profissionais de saúde pública para o sistema de saúde chegando até, em alguns estados, a instituição da carreira de sanitarista. Juntamente com a multiprofissionalização dos cursos, o resultado foi o aumento da procura pelo Curso de Saúde Pública na ENSP.

No contexto da saúde, o início da década de 1980 é marcado pelo aprofundamento da crise financeira do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Como principal órgão de prestação de serviços assistenciais em saúde do país, sua crise financeira tem origens na crescente expansão dos gastos da cobertura previdenciária e assistencial da população, sem a mesma correspondência em relação às contribuições recebidas, as receitas.

Todo este processo e mais alguns outros fatos serviram como pano de fundo à VIII Conferência Nacional de Saúde, onde a ENSP teve participação marcante e a Reforma Sanitária encontrou as condições favoráveis para a sua consolidação.

O período que se inaugura na história da Escola Nacional de Saúde Pública em 1985 esteve diretamente associado às mudanças que ocorreram na própria FIOCRUZ, com a posse de Sergio Arouca na presidência da instituição. Completava a Escola, naquele momento, 31 anos de existência jurídica, se considerarmos o estatuto legal de 1954, e 26 anos de efetivas atividades no campo do ensino e formação em saúde pública, se contarmos os primeiros cursos realizados ainda em novembro de 1959 (LIMA, 2004, p.99).

A partir da nomeação de Sergio Arouca para a presidência da FIOCRUZ, muitas das ideias defendidas internamente na ENSP puderam se expressar e viabilizar no contexto institucional mais amplo. Propostas de gestão participativa, ampliação da agenda de pesquisa a partir de abordagens interdisciplinares, ênfase em programas de difusão de informação científica e de formação de recursos humanos em diferentes níveis de ensino, entre outras ações inovadoras, passaram a integrar as novas diretrizes da FIOCRUZ.

De acordo com Lima (2004), neste mesmo período a ENSP/FIOCRUZ passou por diversas transformações políticas e contando com o apoio de

profissionais especializados em diversas áreas e diferentes instituições no campo da saúde pública, foi possível consolidar a Escola como referência e com papel reconhecido na história das políticas públicas de saúde no Brasil.

As mudanças que aconteciam no cenário da saúde no Brasil refletiam diretamente no perfil da demanda de cursos na ENSP/FIOCRUZ, o que levou a alterações de conteúdo e metodológicas de vários cursos. Com o SUS mais sedimentado, a formação de recursos humanos para o sistema demandava novas competências para os seus trabalhadores.

Na conjuntura do final da década de 1980, a ENSP desempenhou papel importante no processo de ampla reforma que visava à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Neste período, buscou, em sua atuação, sintonia e capacidade de interlocução com os programas do Ministério da Saúde (MS) e secretarias, ao mesmo tempo em que redirecionava seu objeto de atenção e seus quadros eram chamados a participar diretamente da gestão pública, ocupando funções de coordenação de programas nacionais, passando a influenciar decisões em áreas como atenção básica, saúde do trabalhador, controle de endemias, políticas de medicamentos, vigilância epidemiológica, rede de laboratórios de saúde pública, políticas de saneamento, entre outras (LIMA, 2004, p. 103).

Conforme apresentado por Lima (2004), a década de 1990 iniciou-se com um grande desafio para a área de saúde no Brasil com a implantação das conquistas formalizadas no texto da Constituição Federal. À ENSP/FIOCRUZ coube reavaliar seu papel e adequá-lo ao novo contexto.

Assim, antes do final da década de 1990, um novo programa e uma inovação técnico-administrativa foram instituídos na ENSP/FIOCRUZ. O primeiro é o Programa de Educação a Distância (Pro-EAD), enquanto que a inovação técnico-administrativa estava na implantação da Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à ENSP (FENSPTEC).

O Pro-EAD foi criado em 1997 e seu primeiro curso oferecido pelo Programa foi o Curso de Aperfeiçoamento em Gestão para Dirigentes Municipais de Saúde. Interessante observar já no primeiro curso a oferta para a formação do gestor local do sistema de saúde. Este tipo de gestor possui poucas opções de cursos de formação, seja pela dificuldade geográfica da localização do seu município, afastado dos centros de formação, seja pela baixa oferta de cursos na área de saúde.

Já FENSPTEC foi constituída em 1997 como fundação de apoio às atividades da ENSP. Diante das dificuldades impostas pela legislação vigente, através da FENSPTEC, os programas e projetos estratégicos da ENSP poderiam captar recursos externos e estes serem gastos com maior flexibilidade e agilidade.

O próprio programa de EAD surgiu com a perspectiva de programa auto-sustentável, sendo organizado no âmbito da FENSPTEC. Pela própria natureza do programa que demanda flexibilidade administrativa na contratação de pessoal, pagamento de tutores, interfaces com os alunos e despesas operacionais, não é arriscado dizer que a FENSPTEC foi um importante instrumento administrativo para o programa de EAD.

Durante a década de 1990 e os primeiros anos do novo século, a ENSP participou, ao lado de outras instituições e atores sociais, do esforço de reflexão acadêmica e construção política relativos à recente experiência do SUS.

No ano de 2003, morre o sanitarista Sergio Arouca e a Escola, em homenagem a um dos seus mais destacados pesquisadores, passa a se denominar Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Analisando a trajetória da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, é possível perceber que a pluralidade de perspectivas, formação de profissionais e projetos para o campo da saúde é parte essencial de sua história, que se transforma ao longo dos tempos e mantendo-se como um ator importante na formulação e implementação de políticas públicas de saúde.

### **3.2.2 Análise da trajetória institucional recente**

A trajetória da ENSP/FIOCRUZ ao longo dos últimos vinte anos expressa-se, antes de tudo, em um substantivo crescimento institucional. Tendo como missão gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde coletiva, através da pesquisa, formação, prestação de serviços assistenciais e técnicos-especializados, visando a melhoria das condições de saúde da população e a promoção da vida, a ENSP/FIOCRUZ se consolidou como a maior e mais importante escola de saúde pública do país, com atuação estratégica na formulação e na implantação de políticas públicas de saúde.



Alinhada com sua missão, a ENSP/FIOCRUZ tem como visão, ser reconhecida nacional e internacionalmente como instituição de ponta no conhecimento científico e tecnológico em saúde pública, atuando com liderança, através de redes colaborativas, no desenvolvimento, difusão e aplicação do conhecimento e de tecnologias (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 1990).

O Regimento Interno da instituição também afirma seus princípios e valores, sendo eles: a autonomia, inovação e criatividade no desenvolvimento e aprendizado institucional; ética, democracia, transparência e participação no processo interno de trabalho; qualidade, humanização, confiança e compromisso no atendimento aos clientes; e responsabilidade e eficiência no desempenho institucional (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 1990).

Para cumprir sua missão e desenvolver seus programas institucionais de ensino, pesquisa, serviços de referência, informação e comunicação e desenvolvimento institucional, a ENSP/FIOCRUZ está estruturada da seguinte forma:

#### **Instância deliberativa superior**

- Conselho Deliberativo

#### **Direção**

- Vice-Direção de Pós-Graduação
- Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
- Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde
- Vice-Direção de Desenvolvimento Institucional e Gestão

#### **Coordenações/Assessorias**

- Coordenação de Comunicação Institucional
- Assessoria de Cooperação Internacional
- Coordenação de Projetos Sociais
- Coordenação de Gestão da Tecnologia da Informação

#### **Departamentos**

- Departamento de Ciências Sociais
- Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde
- Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

- Departamento de Endemias Samuel Pessoa
- Departamento de Ciências Biológicas
- Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental
- Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
- Centro de Referência Professor Hélio Fraga
- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

### **Núcleos**

- Núcleo de Assistência Farmacêutica
- Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde

Em função de sua atuação multidisciplinar e transversal, atualmente, a Escola desenvolve, por meio de seus departamentos, núcleos e centros, ações nas seguintes áreas:

- Alimentação e nutrição
- Assistência farmacêutica
- Avaliação de políticas, sistemas e programas de saúde
- Avaliação de serviços e tecnologias em saúde
- Avaliação do impacto sobre a saúde dos ecossistemas
- Bioética
- Biossegurança e ambiente
- Construção do conhecimento epidemiológico aplicado às práticas de saúde
- Desenvolvimento, estado e saúde
- Desigualdades sociais e modelos de desenvolvimento e saúde
- Determinação e controle de endemias
- Direito, saúde e cidadania
- Economia da saúde
- Educação e comunicação em saúde
- Epidemiologia de doenças transmissíveis
- Ética aplicada e bioética
- Exposição a agentes químicos, físicos e biológicos e efeitos associados na saúde humana e animal
- Formulação e implementação de políticas públicas de saúde e gênero

- Habitação e saúde
- Informação e saúde
- Instituições, participação e controle social
- Modelagem estatística, matemática e computacional aplicada à saúde
- Paleopatologia, paleoparasitologia e paleoepidemiologia
- Pesquisa clínica
- Planejamento e gestão em saúde
- Política e gestão em ciência, tecnologia e inovação em saúde
- Política e sistema de saúde em perspectiva comparada
- Profissão e gestão do trabalho e da educação em saúde
- Promoção da saúde
- Saúde da mulher, da criança e do adolescente
- Saúde do trabalho
- Saúde indígena
- Saúde mental
- Saneamento e saúde ambiental
- Saúde global e diplomacia da saúde
- Toxicologia e saúde
- Vigilância epidemiológica
- Vigilância sanitária
- Violência em saúde

Ao longo dos anos a ENSP/FIOCRUZ ampliou de forma expressiva suas ações realizadas por meio seus departamentos, núcleos e coordenações. Desta forma, constata-se que a instituição cresceu em relação ao seu quadro de trabalhadores – enquanto em 1999, contava com 549 trabalhadores dentre servidores, bolsistas e terceirizados, hoje, esse contingente é de 870 trabalhadores.

Em sentido semelhante, houve um aumento significativo das atividades desenvolvidas em relação aos projetos de pesquisa e de publicações, ao número de cursos e de vagas oferecidas nos programas de *stricto* e de *lato sensu*, ao volume e ao escopo de suas iniciativas de cooperação em âmbito nacional e internacional, à quantidade e à diversidade das ações de assistência e laboratoriais prestadas, assim como o aumento vertiginoso das atividades relacionadas à comunicação e informação.

A ENSP/FIOCRUZ conta com um corpo docente de 150 doutores. Já formou aproximadamente 1.010 alunos de mestrado acadêmico, sendo 37 estrangeiros, e 296 de doutorado, sendo 34 estrangeiros. E recebe, anualmente, cerca de 120 novos alunos nos cursos *stricto sensu* oriundos das mais diversas regiões do Brasil e do exterior, sobretudo de países latino-americanos e africanos.

Ao longo do período de 2007 a 2011, ao mesmo tempo em que o escopo das atividades da ENSP/FIOCRUZ expandiu-se, constata-se que seu orçamento, tanto oriundo da União, quanto extraorçamentário, também foi ampliado de forma expressiva. Em 2007, o orçamento total da instituição, incluindo recursos da União e extraorçamentários, foi de R\$ 49.875.760,12. Após cinco anos, a instituição já dispunha de um orçamento geral de R\$ 100.285.563,09.

Destaca-se que este processo de crescimento obedeceu basicamente a duas grandes orientações, a primeira, refere-se ao enorme esforço e investimento empreendido no sentido de converter, em definitivo, a ENSP/FIOCRUZ em um instituto de pesquisa em saúde pública de referência nacional. E as principais marcas desta política foram:

- massiva qualificação acadêmica do quadro de pesquisadores e tecnologistas da Escola, acompanhada pela incorporação de uma soma importante de novos pesquisadores ao quadro da instituição. Tais iniciativas tiveram como desdobramento o robustecimento das atividades de investigação na instituição, com a conformação de um importante e diversificado portfólio de grupos linhas e projetos de pesquisa;
- criação de novos programas de pós-graduação refletindo a diversidade e ampliação da ENSP/FIOCRUZ;
- fortalecimento da gestão, de forma a prover a instituição de estrutura e tecnologias para viabilizar o desenvolvimento de suas atividades.

A segunda vertente deste processo de crescimento envolveu o fortalecimento das ações da ENSP/FIOCRUZ como um centro nacional de formação profissional para o Sistema Único de Saúde. O montante de gestores e profissionais de saúde qualificados pela Escola a partir da oferta de cursos a distância muda de escala, que representa hoje cerca de 60 mil alunos inscritos e quase 32 mil alunos egressos de seus 46 cursos, que abrangem todos os estados brasileiros,

possibilitando concomitantemente a organização de uma rede nacional de centros formadores.

Desse modo, pode-se afirmar que este período do desenvolvimento da Escola esteve marcado por uma espécie de círculo virtuoso: a progressiva consolidação da instituição como um instituto de pesquisa, ao lado do seu fortalecimento como centro nacional de formação para o SUS, somado ainda, às novas possibilidades de captação de recursos dotaram a ENSP de maior legitimidade e *expertise*.

Sob estas novas condições a ENSP/FIOCRUZ se candidatou e conquistou novos e importantes projetos de ensino, pesquisa e cooperação. A consecução destes projetos, por sua vez, tem proporcionado novas possibilidades de desenvolvimento, com a diversificação de ações, o alargamento das competências institucionais e o aumento do seu prestígio na esfera nacional e internacional.

Ao mesmo tempo, tal processo de desenvolvimento engendrou profundas transformações na instituição. Não se tratam tão somente de mudanças relativas à escala e ao escopo das atividades que são executadas, mas também as formas como se passou a trabalhar, a se organizar e a se relacionar interna e externamente. Mudaram inclusive as suas próprias representações acerca da Escola. Assim, a ENSP/FIOCRUZ passou a operar sob novas condições e, portanto, diante de novos desafios:

- a especialização e diversificação das áreas de atuação da ENSP/FIOCRUZ, fruto da qualificação dos seus pesquisadores e do desenvolvimento de projetos de investigação, transcorreu, principalmente, à luz das inquietações, interesses e escolhas dos pesquisadores e à mercê das múltiplas e fragmentadas oportunidades de financiamento existentes. Tal processo, portanto, não obedeceu propriamente a uma política institucional ou a diretrizes setoriais. Em outras palavras, isso significa dizer que as competências no âmbito da investigação e formação em saúde pública são heterogêneas e possuem lacunas, que precisam ser identificadas e, de alguma forma, sanadas;
- a ampliação do corpo de especialistas e o crescimento dos cursos de pós-graduação, aliados a uma maior facilidade para a execução de projetos,

trouxe para a Escola plasticidade e autonomia de ação para responder às demandas externas e atrair financiamentos. Plasticidade, porque se adquiriu capacidade de atuar nas mais distintas áreas da saúde pública, sob as mais diferentes modalidades e arranjos. E autonomia de ação, visto que se reduziram os recursos do Tesouro Nacional para a realização de nossas atividades, aumentando a captação de recursos extraorçamentários.

As novas oportunidades de ação apresentadas, mais do que à instituição como um todo, reportam-se aos pesquisadores individualmente e aos grupos de pesquisa aos quais pertencem. Com efeito, na ausência de mecanismos de regulação interna, a mencionada autonomia de ação se aplica tanto à instituição em relação ao governo, como aos próprios pesquisadores.

Assim, a decisão em participar ou não de um determinado edital de concorrência ou de tomar a iniciativa de negociar um projeto específico, em boa parte das vezes, pertence ao pesquisador. Considerando a legítima preocupação dos pesquisadores de realização profissional e, logo, de obtenção de recursos para seus projetos, este regime descentralizado de decisão tende a favorecer a aceitação de projetos na instituição, sem que a sua relevância seja coletivamente avaliada e sem que isto envolva uma maior articulação junto aos demais pesquisadores que atuam naquele campo específico.

Tendo em vista ainda a forma fragmentada como, em regra, as demandas externas têm sido veiculadas pelos órgãos e agências de financiamento, tal cenário aponta para o risco da instituição assumir uma série de projetos que, muitas vezes, são desarticulados entre si e agregam pouco valor estratégico à ação institucional.

Outro desafio derivado deste processo de crescimento está associado à sua atual estrutura organizacional. Ao longo dos últimos vinte anos, acompanhou-se o surgimento de novas e importantes questões no campo da saúde pública. Em consonância com tal expansão, problemas relacionados à violência, ao meio ambiente, à avaliação de programas de saúde ou à gestão do sistema de saúde, dentre outros, converteram-se em novas áreas de investigação, cooperação e

formação no âmbito da Escola. Dessa forma, projetos, grupos de pesquisa e, em alguns casos, núcleos vieram a tomar corpo na instituição.

Não obstante as medidas já adotadas, a estrutura organizacional vigente, as formas de mando e responsabilização e os critérios de agrupamento de pessoas hoje praticados na ENSP/FIOCRUZ mostram-se defasados frente a essas novas áreas, arranjos e à dinâmica de trabalho daí decorrente. Observa-se, assim, que:

- as áreas de atuação dos departamentos modificaram-se e as fronteiras entre estes se encontram diluídas;
- os departamentos não mais conservam a sua identidade e a sua razão de ser originais e não correspondem a um lócus de debate e de coordenação política, teórico-conceitual e metodológica dos trabalhos ali realizados; e
- determinados temas são investigados por mais de um grupo na instituição, muitas vezes, vinculados a distintos departamentos e que pouco interagem, o que perpetua a pouca integração dos trabalhos e impede a produção de sínteses acerca dos conhecimentos gerados, condição essencial para a utilização dos mesmos no âmbito das políticas públicas.

Persiste, todavia, uma enorme dificuldade, possivelmente de natureza política e afetiva, para se instituir uma nova estrutura organizacional na Escola. Uma estrutura que guarde maior conformidade com a natureza complexa e interdisciplinar dos temas e problemas sanitários e, ao mesmo tempo, favoreça a coordenação desses trabalhos.

Ao mesmo tempo, também é possível constatar que, dada a progressiva fluidez dos propósitos maiores da instituição e diante de um número cada vez maior de compromissos e atividades, as ações e respostas institucionais têm, em regra, ocorrido sob um padrão de baixa articulação interna e insuficiente condução estratégica, condições que põem a perder tanto a qualidade quanto o poder de impacto das mesmas.

Enfim, tudo isto sugere a possibilidade e a necessidade de melhoria do desempenho institucional. Para tanto, é preciso antes analisar as tendências do contexto externo que, à primeira vista, mais afetam a instituição.

### 3.2.3 A cooperação como ação estratégica

A ENSP, como unidade científica da FIOCRUZ e em função de seu posicionamento no cenário nacional e seu papel de articuladora do campo da saúde pública no país, sempre teve como vocação cultivada o desenvolvimento de ações por meio de cooperação, praticamente, desde sua instituição. Nos últimos cinco anos, estas ações têm se consolidado pelo apoio técnico a um grande número de iniciativas de órgãos públicos nas três esferas do SUS, universidades, agências de fomento, redes colaborativas, associações e outras instituições de ciência e tecnologia em saúde.

Sua disposição ao desenvolvimento de ações por meio de cooperação encontra-se explicitada no próprio Regimento Interno da instituição que apresenta entre suas finalidades:

- I – preparar recursos humanos na área da saúde pública e campos afins, por meio de cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, assim, como de outras formas de preparação de pessoal de nível superior;
- II – realizar estudos, pesquisas e desenvolvimento de tecnologias no campo da saúde pública e áreas com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento técnico-científico e cultural do pessoal de saúde, bem como o aperfeiçoamento das ações públicas e privadas, que visem à melhoria da qualidade de vida da população brasileira;
- III – desenvolver atividades de prestação de serviços e cooperação técnico-científica no campo da saúde à população, entidades da sociedade civil, entidades governamentais e privadas;
- IV – participar da formação, coordenação e execução da política nacional de saúde e das políticas de ensino e de pesquisa em saúde pública e áreas afins. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 1990, p. 5).

No mesmo documento, a instituição define que, para a consecução de suas finalidades, deverá “Estabelecer intercâmbio, cooperação e atividades mútuas com as demais unidades da FIOCRUZ e com outras organizações científicas, educacionais, técnicas e culturais, nacionais e estrangeiras, e entidades públicas e privadas” (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 1990, p.5).

É possível constatar também que as ações de cooperação da ENSP/FIOCRUZ são bastante diversas. Enquanto as instituições em nível municipal demandam primordialmente cursos de formação e qualificação profissional, em nível de atualização, aperfeiçoamento e especialização para os trabalhadores no campo



da saúde, as instituições em nível estadual demandam além destes programas de formação profissional, assessorias para aperfeiçoar a gestão do sistema de saúde.

As instituições em nível federal, que já possuem estrutura organizacional mais robusta, demandam programas de qualificação de seus quadros de servidores, em nível de mestrado acadêmico e profissional, além de desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da saúde pública.

Da mesma forma, a ENSP/FIOCRUZ é muitas vezes envolvida em projetos com organizações não governamentais, que desenvolvem projetos prioritariamente em áreas onde o Estado não atua de forma eficiente, principalmente realizando estudos e pesquisas científicas.

No que se refere às ações realizadas em parceria com organizações internacionais, a ENSP/FIOCRUZ atua no processo de formulação e implementação de estudos de caráter mais estratégico para o Brasil e para o país cooperado. Neste caso, estão incluídas instituições de Estado e organismos com atuação internacional como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas (ONU), entre outros.

Evidencia-se que o desenvolvimento da ENSP/FIOCRUZ depende, de forma significativa, de sua capacidade de interação e absorção de conhecimento. Interagir, debater, evoluir, antecipar, formar e prevenir são eixos que ilustram a política geral e o compromisso da Instituição. A cooperação e as relações externas visam assegurar à ENSP/FIOCRUZ um equilíbrio dinâmico nos ambientes sócio-político, econômico e científico-tecnológico em que atua (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2011). Neste sentido, com base no Plano Quadrienal da ENSP/FIOCRUZ 2011-2015, é possível identificar suas diretrizes para as ações de cooperação nos seus diversos campos de atuação.

#### **ÁREA: ENSINO**

- Orientar a oferta de Mestrado Profissional da ENSP para instituições federais e estaduais, tendo como público-alvo seus dirigentes e profissionais que formulam e implementam políticas públicas. Em caráter complementar, os cursos podem ser orientados para as instituições municipais e seus respectivos dirigentes.

- Ofertar os cursos de especialização e aperfeiçoamento nas modalidades presencial e a distância, visando a formação em larga escala e orientando sua oferta para os órgãos e instituições estaduais e municipais que implementam e executam políticas públicas. Em caráter experimental, poderão ser realizados cursos presenciais para a formação de lideranças.
- Organizar e ministrar os cursos de especialização e aperfeiçoamento por meio do trabalho em rede com as Escolas e Centros formadores do SUS, e outras instituições de ensino e pesquisa.

### **ÁREA: PESQUISA**

- Participar de forma institucional na elaboração/ revisão da agenda nacional de pesquisa em saúde pública.
- Alinhar as linhas, projetos e atividades de pesquisa institucionais às prioridades nacionais de pesquisa em saúde pública.
- Implementar um programa de pesquisa de avaliação das políticas públicas de saúde, formulado mediante o diálogo com os dirigentes de saúde;
- Induzir e apoiar a realização de atividades e estudos de prospecção em saúde pública, que possam oferecer subsídios para as políticas futuras seja no âmbito, da ENSP, da Fiocruz e do próprio MS.
- Fomentar a realização de estudos de longo prazo/longitudinais sobre a saúde da população.
- Estimular a realização de estudos observacionais voltados para a obtenção de dados primários a cerca dos grandes desafios da saúde pública.

### **ÁREA: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**

- Investir em estratégias de inovação que viabilizem e aperfeiçoem o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, priorizando a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação e o acesso aberto ao conhecimento.

### **ÁREA: GESTÃO**

- Promover a implementação de novos métodos e técnicas gerenciais que favoreçam a melhor organização e realização das atividades de gestão das instituições cooperadas, de modo a atender satisfatoriamente às expectativas

e necessidades institucionais, lograr o uso mais eficiente dos recursos disponíveis e prestar serviços de melhor qualidade à população brasileira.

A ENSP/FIOCRUZ é uma instituição de Estado, cujo objetivo está relacionado à disseminação e compartilhamento de conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e consolidação do SUS, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional da inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania como valor central.

Destaca-se ainda que o protagonismo da instituição não deve ser apenas avaliado pelo volume de recurso captado para viabilizar suas atividades. Este protagonismo é fruto da trajetória de 57 anos da instituição, atuando em defesa do direito à saúde, do corpo de pesquisadores especialistas em áreas estratégicas do campo da saúde, e da sua capacidade de orientar, influenciar e conduzir o processo de tomada de decisão, no que se refere à formulação e implementação e avaliação de políticas públicas.

Tal influência pode ser comprovada, considerando sua atuação nos diversos comitês, comissões, conselhos e câmaras técnicas do Ministério da Saúde e de demais instituições que articulam o campo da saúde no país e que discutem as políticas e as ações estratégicas para a saúde no âmbito nacional, conforme apresentado abaixo.

### **Vinculados ao Ministério da Saúde**

- Conselho Consultivo da Universidade Aberta do SUS
- Conselho da Universidade Aberta do Brasil
- Comitê do Programa de Inclusão Digital
- Coordenação do Programa de Telessaúde
- Coordenação do Mecanismo de Controle de Tuberculose
- Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
- Coordenação da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública
- Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
- Comitê para a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- Comitê para o Programa Nacional de Tuberculose

- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Tripartite
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS
- Comissão de Direitos Humanos em Saúde
- Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde
- Observatório Nacional do Idoso
- Coordenação do Comitê Pró-equidade de Gênero
- Grupo de Trabalho sobre Segurança Alimentar e Nutricional
- Centro Colaborador do Ministério da Saúde para Vigilância Sanitária
- Centro Colaborador do Ministério da Saúde para Alimentação e Nutrição
- Centro Colaborador do Ministério da Saúde para acidentes e violência
- Câmara Técnica de Humanização
- Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
- Comissão de Incorporação de Tecnologias do SUS
- Câmara de assessoramento para formulação da Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados
- Grupo de Trabalho de discussão sobre políticas de Saúde Mental
- Grupo de Trabalho de discussão sobre políticas de Saúde do Idoso
- Grupo de Trabalho de discussão sobre políticas para Adolescentes e Jovens
- Grupo de Trabalho de discussão sobre políticas de monitoramento e avaliação em saúde
- Grupo de Trabalho de discussão sobre políticas de Atenção Básica
- Observatório de Recursos Humanos em Saúde

#### **Vinculados a demais instituições**

- Conselho Diretor da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- Conselho Diretor do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- Conselho Diretor da Rede de Investigação de Serviços e Sistemas de saúde do Cone Sul
- Membro Associado da Associação Brasileira de Educação Médica

- Membro da Rede Nacional de Escolas de Governo
- Membro da Associação Brasileira de Economia da Saúde
- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
- Coordenação do Campus Virtual de Saúde Pública do Brasil
- Conselho Diretor da União das Nações Sul-Americanas
- Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde para Políticas Farmacêuticas

Neste sentido, a capacidade que a ENSP/FIOCRUZ tem de se articular internamente, no Ministério da Saúde, assim como de obter acento em demais comitês, associações, conselhos, câmaras e grupos de trabalho de outras instituições, a posiciona como uma importante articuladora do campo da saúde, um ator protagonista, que contribui, influencia e conduz o curso das ações na área.

A ENSP/FIOCRUZ, como articuladora do campo da saúde no cenário nacional, tem como estratégia central a realização de ações por meio de cooperação e formação de alianças estratégicas. Esta articulação com as instituições possibilita o cumprimento de sua missão, enquanto instituição de Estado, orientada para atender ao SUS e à população brasileira.

## **CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA DA PESQUISA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

De acordo com Gil (2010), a pesquisa é considerada como descritiva tendo em vista que seu objetivo é descrever de que forma as ações de cooperação desenvolvidas pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz com o Ministério da Saúde sustentam seu protagonismo como articuladora da implementação da política nacional de saúde no País.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).

### **4.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

A pesquisa é de abordagem qualitativa, uma vez que as variáveis do ambiente e os fatos da vida real são fontes diretas para obtenção dos dados, assim como a capacidade do pesquisador de interpretá-los de forma isenta, baseada nas teorias existentes, é fundamental para dar significado às respostas (MICHEL, 2009).

Na pesquisa qualitativa, a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente, mas convence na forma da experimentação empírica, a partir de análise detalhada, abrangente, consistente e coerente, assim, como na argumentação lógica das ideias, pois os fatos em ciências sociais são significados sociais, e sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade. (MICHEL, 2009, p.37).

As informações pertinentes à pesquisa foram obtidas por meio de contato direto e interativo do pesquisador com a instituição objeto de estudo, possibilitando a analisar as ações de cooperação nacional entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde, que, ao longo dos últimos cinco anos, contribuíram para o protagonismo da instituição no cenário nacional.

### 4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA: ESTUDO DE CASO

De acordo com Yin (2010), o estudo de caso é uma investigação empírica que tem como objetivo pesquisar um determinado fenômeno em profundidade, devendo contar com múltiplas fontes de evidências, tendo em vista responder às questões do estudo.

O estudo de caso é um método de pesquisa utilizado em diversas situações para contribuir para o conhecimento e compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, políticos, econômicos e sociais. Também permite aos pesquisadores compreenderem o comportamento de grupos, processos organizacionais e administrativos, evolução do processo de industrialização, transformações sociais, entre outros (YIN, 2010).

[...] o método do estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias. (YIN, 2010, p. 24).

Além das considerações acima, vale explicitar que a escolha pela estratégia em estudo de caso único ocorreu em função do caráter único e representativo que a ENSP/FIOCRUZ ocupa no âmbito do Ministério da Saúde quando se trata de ações envolvendo políticas públicas de saúde. Referência em saúde pública no país, não existe outra instituição no âmbito federal que seja possível estabelecer uma análise comparativa, tendo em vista o objeto deste estudo.

A escolha pelo estudo de caso ocorreu também em virtude do vínculo do pesquisador com a instituição investigada. Tal fato favorece o acesso às informações, principalmente no momento de coleta de evidências, contribuindo, assim, de forma significativa para os resultados do estudo proposto. Por outro lado, reconhece-se que este envolvimento é fonte de vieses, que são minimizados em função do uso de múltiplas fontes de evidências.

#### 4.4 UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise deste estudo de caso qualitativo é a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Ministério da Saúde. A instituição analisada atua no campo da saúde pública, desenvolvendo ações na área do ensino, pesquisa, gestão e inovação tecnológica, tendo como missão gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde coletiva, através da pesquisa, formação, prestação de serviços assistenciais e técnicos-especializados, visando a melhoria das condições de saúde da população e a promoção da vida (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 1990).

#### 4.5 COLETA DE EVIDÊNCIAS

A coleta de evidências deste estudo de caso foi realizada em conformidade com os princípios propostos por Yin (2010) com o uso de múltiplas fontes de evidências, constituição de uma base de dados de estudo de caso e manutenção e encadeamento das evidências.

Alguns estudos de casos utilizam fonte única de evidência. O pesquisador pode escolher uma única fonte mais adequada ao estudo ou aquela que esteja mais familiarizado. Porém, a adoção de fontes individuais de evidências não é recomendada para a condução de um estudo de casos. De fato, um ponto importante destes estudos é a possibilidade de utilizar múltiplas fontes de evidências, tendo em vista sua contribuição para o resultado da pesquisa.

Neste sentido, registra-se que o presente estudo utilizou múltiplas fontes de evidência, tais como registros bibliográficos, documentos, registros de banco de dados, entrevistas e observação direta com o objetivo de constituir um estudo de caso completo e responder à questão problema formulada, possibilitando a triangulação dos dados.

No levantamento bibliográfico foram coletadas evidências em livros, revistas especializadas, jornais, dissertações, teses e legislações com informações pertinentes ao campo de estudos sobre a relação existente entre sociedade, Estado e saúde, assim como sobre o processo de constituição do Sistema Único de Saúde



e das políticas públicas de saúde no Brasil, de maneira a compor o referencial teórico da pesquisa.

De acordo com Yin (2010), os documentos utilizados nos estudos de casos desempenham um papel explícito na coleta de evidências e têm como finalidade corroborar e aumentar a evidência de outras fontes. Assim, o estudo realizou pesquisa em regimentos internos, estatutos, portarias, instruções normativas e demais documentos relevantes para a pesquisa.

O estudo realizou também entrevista, que de acordo com Yin (2010), é considerada uma das fontes de informação mais importantes para o estudo de casos. Foram realizadas entrevistas com pesquisadores envolvidos nas principais ações de cooperação com o Ministério da Saúde, de forma a compreender como a organização atua e se relaciona com o Ministério da Saúde no que se refere às ações de cooperação, podendo ainda identificar as possibilidades e limitações desta parceria, assim como novas oportunidades e diretrizes para ações futuras.

A observação direta também foi utilizada como fonte de evidências, de forma a complementar as informações obtidas por meio das demais fontes. O pesquisador, como servidor público da instituição analisada, tem acesso e possibilidade de coletar evidências no exercício de sua função, participando de reuniões, grupos de trabalho e demais atividades que possam contribuir para o processo de coleta de evidências. Destaca-se que, de acordo com Yin (2010), a evidência observacional é útil para proporcionar informação adicional sobre o assunto pesquisado.

No que se refere à constituição de uma base de dados de estudo de caso, destaca-se que a estruturação de um banco de dados aumenta de forma considerável a confiabilidade do estudo de caso, que pode ser composto por notas, documentos, tabelas e narrativas.

O registro de arquivos é considerado parte essencial do estudo, tendo em vista que constitui base de dados inédita para a instituição. Desta forma, foram coletadas evidências primárias sobre as ações de cooperação na ENSP/FIOCRUZ, desenvolvidas com o Ministério da Saúde, no período compreendido entre 2007 a 2011. Destaca-se que, atualmente, a instituição analisada não possui um banco de dados organizado com informações sobre as ações de cooperação nacional, sendo constituído especificamente para atender aos objetivos desta pesquisa.

Este banco de dados foi composto de informações relativas às ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde, de forma a sistematizar um conjunto de evidências, visando o alcance do objetivo da pesquisa. Foram identificados os seguintes elementos:

- relação existente entre o projeto implementado pela ENSP/FIOCRUZ com as políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde;
- análise comparativa entre o recurso orçamentário proveniente da União e o recurso extraorçamentário;
- análise comparativa entre o total de recurso extraorçamentário e o total de recurso orçamentário proveniente do Ministério da Saúde;
- análise das ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde por atividade;
- análise das ações de cooperação distribuídas pelas secretarias do Ministério da Saúde, de forma a relacionar as ações às áreas específicas de atuação do Ministério.

Por fim, manter o encadeamento das evidências é outro princípio que aumenta a confiabilidade do estudo de caso. O objetivo deste encadeamento é possibilitar que um observador externo siga a derivação de qualquer evidência das questões de pesquisa iniciais para finalizar as conclusões do estudo de caso (YIN, 2010).

Desta forma, os três princípios apresentados possibilitaram assegurar a qualidade no processo de coleta de dados, assim como aumentar a confiabilidade dos resultados da pesquisa.

#### 4.6 SELEÇÃO DE SUJEITOS

Os estudos qualitativos exigem, de maneira geral, a realização de entrevistas, em sua maior parte, em profundidade e semiestruturadas. Neste sentido, a definição de critérios para a seleção dos sujeitos é um aspecto fundamental, pois interfere diretamente na qualidade das informações que possibilitarão analisar e obter a resposta frente ao problema de pesquisa delineado.

De acordo com Yin (2010), a escolha dos entrevistados não deve ser previamente estabelecida com precisão, uma vez que pode variar em função da robustez dos dados e do critério de saturação qualitativa.

Assim, a seleção dos entrevistados foi definida por uma amostra intencional. O estudo em pauta entrevistou três pesquisadores da instituição, que coordenam os principais projetos no campo do ensino, pesquisa, gestão e inovação tecnológica, frente ao conjunto de ações de cooperação com o Ministério da Saúde.

#### 4.7 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS

De acordo com Vergara (2007), a análise das evidências é o momento da pesquisa onde deve ser apresentado como se pretende tratar os dados coletados, justificando sua adequação aos propósitos do estudo. Gil (2010) afirma ainda que o estudo de caso exige muita habilidade por parte do pesquisador. Sua habilidade de análise é que define grande parte dos resultados encontrados na pesquisa.

As evidências coletadas por meio do levantamento bibliográfico foram selecionadas para leitura de forma a compor o referencial teórico e sustentar a argumentação acerca do objetivo geral do estudo. Já a análise do banco de dados das ações de cooperação da ENSP/FIOCRUZ foi realizada por meio da sistematização das informações cadastradas, possibilitando o cruzamento de dados com múltiplas combinações.

No que se refere à análise das entrevistas, adotou-se a análise de conteúdo, de forma temática, tendo em vista que o objetivo é compreender a forma com que a ENSP/FIOCRUZ se relaciona com o Ministério da Saúde no campo da

cooperação, além de identificar as limitações e possibilidades desta parceria e possíveis estratégias e diretrizes para a área.

As informações obtidas por meio da observação direta foram analisadas e processadas de forma contribuir para a compreensão da articulação institucional que viabiliza as ações de cooperação com o Ministério da Saúde. Destaca-se que a conjuntura política, econômica e social do país e as diretrizes das próprias instituições envolvidas podem definir o nível de articulação e cooperação entre elas e muitas vezes estas informações só podem ser obtidas por meio da observação direta. Desta forma, a observação direta proporcionou informações adicionais que contribuíram para o entendimento do objeto de estudo.

Por fim, Yin (2010) considera que a questão da validade e da confiabilidade de um estudo de caso se resolve, em parte, pela triangulação das múltiplas fontes de evidências que convergem para o mesmo conjunto de fatos que estão sendo estudados. Assim, a adoção de múltiplas fontes de evidência aumentou a confiabilidade dos resultados do estudo, tendo em vista que a análise destas evidências foi realizada de forma convergente ao objeto de estudo, possibilitando ainda a triangulação dos dados.

#### 4.8 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

De acordo com Yin (2010), em função de a pesquisa ser considerada um estudo de caso único, as conclusões extraídas do estudo não permitem generalizações que possam ser adotadas por demais instituições da administração pública. Porém, esse autor rebate esse posicionamento, afirmando que o estudo de caso, como os experimentos, “[...] são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos” (YIN, 2010, p. 36).

Outra limitação é a relação do pesquisador com a instituição analisada. Contudo, procurou-se manter necessário distanciamento, embora admita-se a inexistência da neutralidade científica. Como forma de superar esta limitação, o presente estudo se utilizou da coleta de múltiplas fontes de evidências, possibilitando a triangulação dos dados e assegurando sua validade e confiabilidade.

## **CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL**

Com o objetivo de descrever de que forma as ações de cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde sustentam o seu protagonismo com articuladora da implementação da política nacional de saúde no país, a pesquisa apresenta uma análise com base na coleta de dados primários, considerando os seguintes aspectos:

- relação existente entre o projeto implementado pela ENSP/FIOCRUZ com as políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde;
- análise comparativa entre o recurso orçamentário proveniente da União e o recurso extraorçamentário;
- análise comparativa entre o total de recurso extraorçamentário e o total de recurso orçamentário proveniente do Ministério da Saúde;
- análise das ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde por atividade;
- análise das ações de cooperação distribuídas pelas Secretarias do Ministério da Saúde, de forma a relacionar as ações às áreas específicas de atuação do Ministério.

#### **5.1.1 Relação existente entre os projetos implementados pela ENSP/FIOCRUZ com as políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde**

Ao longo do período analisado, a ENSP/Fiocruz desenvolveu em cooperação com o Ministério da Saúde o total de 133 ações distribuídas pelo campo do ensino, da pesquisa, da gestão e da inovação tecnológica e que estão diretamente associadas às políticas públicas coordenadas pelas sete Secretarias do Ministério, sendo elas: Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESI).

## **Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde**

**Objetivo:** Promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, assim como promover a desprecarização dos vínculos de trabalho da saúde e a qualificação da gestão do trabalho.

**Contextualização:** Necessidade de construir uma política de educação e trabalho em saúde que articule gestores e instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento do ensino em saúde para os trabalhadores da saúde e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS.

### **Quadro 1 – Projetos relacionados à Política Pública “Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Curso de Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde	Ensino - Stricto Sensu	2007
Formação permanente de conselheiros de saúde no âmbito do Programa de Inclusão Digital	Ensino - Capacitação A Distância	2007
Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS: estudo sobre representação, participação, atuação em rede e práticas de controle social nos Conselhos Municipais de Saúde	Pesquisa	2007
Curso de Aperfeiçoamento em Negociação do Trabalho no SUS	Ensino - Capacitação A Distância	2007
Projeto de capacitação gerencial para o sistema único de saúde com vistas à sua qualificação	Ensino - Capacitação A Distância	2007
Implantação da turma-piloto extensão do projeto de formação de professores em educação profissional na área da saúde	Ensino - Lato Sensu A Distância	2007
Projeto de cooperação de formação permanente de profissionais do DATASUS, no âmbito do programa de formação permanente de informação e informática em saúde	Ensino - Capacitação A Distância	2008

Modernização e qualificação da gestão do trabalho em saúde	Ensino - Stricto Sensu	2008
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS Complementar	Ensino - Capacitação Presencial	2008
Curso de Especialização a Distância em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	Ensino - Lato Sensu A Distância	2009
Curso a Distância em Bioética Aplicada às Pesquisas Científicas Envolvendo Seres Humanos	Ensino - Capacitação A Distância	2009
Formação de Conselheiros de Saúde e Lideranças	Ensino - Capacitação Presencial	2009
Ações de Consolidação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Pesquisa	2009
Formulação e implementação de políticas de gestão do trabalho em saúde	Pesquisa	2009
Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde	Pesquisa	2010
Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Ensino - Stricto Sensu	2010
Fortalecimento do Componente de Capacitação do ProgeSUS	Ensino - Lato Sensu Presencial	2010
Desenvolvimento Institucional das Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva: Gestão Dialógica e Comunicação para Gestão Escolar	Pesquisa	2010
II Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS	Ensino - Capacitação A Distância	2010
Avaliação do Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS na região Centro-Oeste e no Espírito Santo	Ensino - Capacitação A Distância	2010
Avaliação do Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS na região Norte	Ensino - Capacitação A Distância	2010

Implantação da Secretaria Executiva e do Portal da Universidade Aberta do SUS - UNASUS	Gestão	2010
Campus Virtual de Saúde Pública	Gestão	2011
Estudo e Pesquisa: Mercado de Trabalho no Setor Saúde	Pesquisa	2011
Programa de Educação Permanente para o Controle Social do SUS: qualificação dos Conselhos Municipais	Ensino - Capacitação A Distância	2011
Curso Livre de Atualização presencial para qualificação do Sistema Nacional de Auditoria e do Departamento de Ouvidoria do SUS	Ensino - Capacitação Presencial	2011
Curso a Distância em Bioética aplicada às pesquisas científicas envolvendo seres humanos	Ensino - Capacitação A Distância	2011
Curso de Mestrado Profissional para Qualificação do Sistema Nacional de Auditoria e do Departamento de Ouvidoria do SUS	Ensino - Stricto Sensu	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

### **Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada**

**Objetivo:** Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação.

**Contextualização:** De acordo com a Constituição Federal de 1988, é dever do Estado o desenvolvimento de política pública que garanta o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o Estado tem como dever atuar na regulação desta atenção como forma de garantir a equidade na atenção integral, a redução das desigualdades regionais, e a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde.



**Quadro 2 – Projetos relacionados à Política Pública “Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Desenvolvimento de metodologias participativas para criação de indicadores de avaliação e de realização de pesquisas avaliativas nos Núcleos de Preservação da Saúde do Estado do Rio de Janeiro	Pesquisa	2007
Avaliação de fatores que limitam e potencializam a articulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com as políticas do governo federal voltadas para aquele segmento	Pesquisa	2007
Estudos sobre parâmetros de qualidade para as ações e serviços voltados para a saúde de adolescentes e jovens	Pesquisa	2008
Implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente	Gestão	2009
Avaliação das Ações de Saúde da Pessoa Idosa Presentes no Pacto pela Vida e no Programa Mais Saúde	Pesquisa	2009
Caderneta de Saúde do Adolescente: uma análise de seus resultados	Pesquisa	2010
Avaliação Tecnológica de Dispositivos para a Atenção à Deficiência Auditiva Neonatal: estudos de plasticidade neural e análise custo-efetividade	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**

**Objetivo:** Promover o acesso da população a medicamentos e aos insumos estratégicos.

**Contextualização:** O direito à saúde compreende o acesso aos serviços de forma integral e envolve a disponibilização de insumos e medicamentos que promovam, protejam e recuperem a saúde. Para tanto, faz-se necessário assegurar a disponibilização de medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, através de financiamento adequado e regular.

**Quadro 3 – Projetos relacionados à Política Pública “Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Curso Servicios Farmacéuticos Basados em la Atención Primária de Salud Renovada	Ensino - Capacitação Presencial	2010
Analysis of Pharmaceutical Policy Documents of Countries in The Region of The Americas	Pesquisa	2010
Acesso a Medicamentos, Comércio e Acordos Internacionais para o Programa Líderes em Salud Internacional	Gestão	2010
Identification of Priority Policy Research Questions in the Area of Access to and Use of Medicines in Low and Middle Income Countries in the Region of Americas	Pesquisa	2010
Support health services assessment on pharmaceutical policies outcomes and household survey on access and use of medicines in caribbean countries - follow up	Pesquisa	2010
Avaliação de serviços de saúde voltada para os resultados das políticas farmacêuticas e preços sobre o acesso e uso de medicamentos na República Dominicana	Pesquisa	2010
Acesso a medicamentos: comércio e acordos internacionais para o Programa de Líderes em Saúde Internacional	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Atenção Básica em Saúde**

**Objetivo:** Expandir a estratégia de Saúde da Família e a rede básica de saúde, mediante a efetivação da política de atenção básica: resolutiva, de qualidade, integral e humanizada.

**Contextualização:** O acesso insuficiente da população às ações básicas e aos serviços de saúde, o predomínio do modelo de atenção à saúde centrado no hospital e a baixa integralidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde demandam uma intervenção articulada e integrada dos gestores do SUS. Para tanto, torna-se

necessária a implementação de medidas estruturantes que possam efetivamente garantir à população serviços básicos de saúde que sejam acessíveis, oportunos, resolutivos e humanizados, tendo em vista a consolidação da estratégia do Programa Saúde da Família.

**Quadro 4 – Projetos relacionados à Política Pública “Atenção Básica em Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Programa de Residência em Saúde da Família	Ensino - Lato Sensu Presencial	2007
Formação de Multiprofissional de saúde de nível superior para atuar nas atividades de cuidado, supervisão e gestão junto às equipes de saúde de saúde da família	Ensino - Lato Sensu Presencial	2008
Estudos e pesquisas sobre alimentação e nutrição com enfoque na recuperação nutricional e alimentação saudável	Pesquisa	2008
Curso de Especialização em Projeto de Intervenção para Organização de Redes Loco-regionais	Ensino - Lato Sensu A Distância	2008
Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicosocial	Ensino - Lato Sensu Presencial	2009
Revisão da política de reestruturação das Portarias n. 249 e 702 - proposta de territórios integrados de atenção à saúde	Gestão	2009
Qualificação da Rede de Atenção Integral ao Adolescente em Situação de Violência, no âmbito do SUS	Gestão	2009
Qualificação da Rede de Atenção Integral a Criança em Situação de Violência, no âmbito do SUS	Gestão	2009
Capacitação de Gestores: Cidadania, Políticas Públicas e Bioética	Ensino - Capacitação Presencial	2009
Fomentar as ações de cooperação técnica para a política de reestruturação dos hospitais de ensino do SUS	Gestão	2009

Formulação da política nacional de saúde para a Secretaria de Atenção à Saúde	Pesquisa	2009
Organização de redes loco-regionais de atenção às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida	Gestão	2009
Construção de ferramenta de avaliação comum a todas as áreas de atenção especializada	Inovação Tecnológica	2009
Processo de Formação em Gestão de Redes de Atenção à Saúde	Ensino - Capacitação Presencial	2009
Programa de Formação para Membros de Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal na Modalidade de Educação a Distância	Ensino - Capacitação A Distância	2009
Desenvolvimento de Tecnologias de Integração de Atenção à Saúde nos Territórios Sanitários	Inovação Tecnológica	2009
Programa de Formação em Alimentação e Nutrição no Brasil - Apoio na Implementação da Política de Alimentação e Nutrição	Ensino - Capacitação Presencial	2010
Curso de Especialização em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – Modalidade de Educação a Distância	Ensino - Lato Sensu A Distância	2010
Estimativas de Custo, Custo-Efetividade e Custo-Utilidade nos Procedimentos de Prevenção da falência Associada à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no SUS	Pesquisa	2010
Acompanhamento da Implantação e do Desenvolvimento do Processo de Trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Gestão	2010
Elaboração das Regras de negócio e Casos de Uso para Subsidiar o Desenvolvimento do Sistema de Controle do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade – SISMAC	Gestão	2010
Revisão das Normatizações das Áreas de Alta Complexidade em Queimados, Crânio e Bucomaxilofacial e Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Gestão	2010
Proposta de Estruturação da Política de Terapia Intensiva no SUS	Gestão	2010

Implementação e Avaliação da Formação de Recursos Humanos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica a Saúde no Brasil	Ensino - Capacitação Presencial	2010
Curso Especialização em Educação alimentar e nutricional na promoção da segurança alimentar e nutricional	Ensino - Lato Sensu A Distância	2010
Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	Ensino - Lato Sensu Presencial	2011
Qualificação da Rede de Atenção Integral à Saúde da Criança e suas Famílias em Situação de Violência	Ensino - Capacitação Presencial	2011
Capacitação de profissionais na atenção integral à saúde do adolescente e do jovem - desenvolvimento da rede	Ensino - Capacitação Presencial	2011
Curso de Especialização a Distância em Saúde do Trabalhador	Ensino - Lato Sensu A Distância	2011
Fortalecimento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador por meio da implementação e avaliação da vigilância em saúde do trabalhador	Pesquisa	2011
Mapa da Injustiça Social no Brasil	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

### **Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde**

**Objetivo:** Estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o complexo produtivo de bens e serviços de saúde no país, por intermédio da interação entre saúde, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação no complexo de saúde, orientando, apoiando e realizando investimentos para a produção científica e de insumos estratégicos para a saúde.

**Contextualização:** A implementação de políticas públicas de saúde que integrem ações de Ciência, Tecnologia e Inovação no seu campo de atuação são fundamentais à consolidação do SUS. Estratégias voltadas para pesquisa e desenvolvimento do complexo industrial da saúde requerem programas transversais

de interação entre os órgãos do Governo, instituições de ensino e pesquisa, agências de fomento e o complexo industrial.

**Quadro 5 – Projetos relacionados à Política Pública “Ciência, tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Telediagnóstico como Ferramenta Parceira para a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador	Inovação Tecnológica	2009
Avaliação da Política de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde Implementada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2010	Pesquisa	2010
Ações Integradas para a consolidação da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil	Inovação Tecnológica	2010
Saúde, Desenvolvimento e Inovação: segmentos prioritários da base produtiva do Sistema Nacional de Inovação em Saúde	Pesquisa	2011
Complexo econômico-industrial da saúde: a evolução e a dinâmica de arranjos produtivos e inovativos locais no Brasil	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

### **Gestão da Política de Saúde**

**Objetivo:** Coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais e a avaliação e controle dos programas na área da saúde.

**Contextualização:** Necessidade de fortalecer a implementação do modelo de gestão descentralizada do SUS e a formulação e avaliação de políticas de saúde devido a insuficiência da estrutura organizacional e escassez de recursos.

**Quadro 6 – Projetos relacionados à Política Pública “Gestão da Política de Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Projeto de Cooperação com a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, promovido pelo Ministério da Saúde	Gestão	2007
Rede Brasileira de Saúde, Trabalho e Ambiente	Pesquisa	2009
Programa de Qualificação das Escolas de Saúde Públicas Brasileiras para Atuação na Docência de Vigilância em Saúde	Ensino - Capacitação Presencial	2009
Projeto de Atenção e Gestão do TEIAS na Cidade do Rio de Janeiro: Desafios para a Continuada Inovação	Inovação Tecnológica	2010
Produção de instrumentos de avaliação para a gestão do SUS	Pesquisa	2010
Desenvolvimento de um sistema sustentável de monitoramento e avaliação das diretrizes de atenção integral à saúde do adolescente e jovem	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Implementação da Política de Promoção da Saúde**

**Objetivo:** Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes dos processos saúde-doença-condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

**Contextualização:** A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta como objetivos desenvolver ações para melhoria da qualidade de vida da população a partir do SUS; redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. A agenda estratégica da PNPS prioriza as ações voltadas para a alimentação saudável, prática corporal e atividade física,

prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, prevenção das violências e estímulo à cultura de paz.

**Quadro 7 – Projetos relacionados à Política Pública “Implementação da Política de Promoção da Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Avaliação do Processo de Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito	Pesquisa	2007
Curso a distância sobre os impactos da violência na saúde	Ensino - Capacitação A Distância	2007
Avaliação do Processo de Prevenção da Violência em Saúde	Pesquisa	2008
Elaboração de norma técnica/protocolo e de metodologias de capacitação para a atenção e prevenção à criança e ao adolescente em situação de violência	Pesquisa	2008
Avaliação dos Núcleos de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde do Brasil	Pesquisa	2009
Curso sobre Violência e Saúde e ações para implementação do Núcleo Acadêmico de Prevenção de violência e promoção da saúde	Ensino - Capacitação A Distância	2010
Curso a Distância em Impacto da Violência na Saúde	Ensino - Capacitação A Distância	2010
Curso de Ensino a Distância Impactos da Violência sobre a Saúde	Ensino - Capacitação A Distância	2011
Curso de Formação Escola que Protege - Educação para a Promoção e Defesa de Direitos da Infância e Adolescência	Ensino - Capacitação Presencial	2011
Capacitação, Pesquisa, Divulgação Científica no Campo da Violência e Saúde	Ensino - Capacitação Presencial	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição



## **Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde**

**Objetivo:** Garantir a atenção à saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos, de forma equitativa, integral, humanizada e com qualidade.

**Contextualização:** A análise das desigualdades sociais construídas historicamente no país aponta para a necessidade do desenvolvimento de políticas e ações que ampliem o acesso, o conhecimento e a garantia de atenção integral a estes segmentos populacionais que levem em conta suas necessidades singulares e a complexidade do contexto onde estão inseridos, assim como suas possibilidades de superação e potenciais de saúde, no constante processo de busca da equidade e da garantia dos direitos.

**Quadro 8 – Projetos relacionados à Política Pública “Promoção da capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Prevenção do Parto Prematuro Espontâneo Associado à Infecção Intra-Uterina: Estudo de Marcadores Biológicos e Ensaio Clínico de Probióticos - Análises complementares e apresentação dos resultados	Pesquisa	2008
Diagnóstico nacional de formação lato sensu de médicos, dentistas e enfermeiros das equipes de saúde da família	Pesquisa	2009
Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH - Plano Diretor - Sala de Situação, Processo de Trabalho em Saúde da Família e Bases Estratégicas	Gestão	2010
Levantamento e Análise das Atividades Desenvolvidas pela Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade em 2009	Gestão	2010
Análise da Atenção Especializada no SUS	Gestão	2010

Implantação das redes de atenção às urgências e emergências	Gestão	2011
Avaliação da Atenção Básica no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

### **Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados**

**Objetivo:** Assegurar a qualidade e auto-suficiência em sangue, componentes e derivados sanguíneos, e garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sanguínea e de má formação das hemácias.

**Contextualização:** Necessidade de implementação de estratégias e ações para o enfrentamento e superação dos problemas relacionados à insuficiência de oferta de sangue e hemocomponentes, pelos serviços públicos de hemoterapia; à precariedade da atenção aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias; às limitação de hemoderivados aos pacientes hematológicos; a dependência de mercado/tecnologia externa de insumos estratégicos; e a falta de tecnologia nacional para produção de hemoderivados.

#### **Quadro 9 – Projetos relacionados à Política Pública “Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros	Ensino - Lato Sensu Presencial	2010
Capacitação em Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos e Gestão de Custos para Serviços de Hemoterapia e Hematologia	Ensino - Capacitação Presencial	2011

Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros	Ensino - Lato Senu Presencial	2011
Curso de Especialização A Distância em Gestão de Hemocentros	Ensino - Lato Senu A Distância	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

### **Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos**

**Objetivo:** Prevenir e controlar agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis, surtos, epidemias, calamidades públicas e emergências epidemiológicas de maneira oportuna.

**Contextualização:** As doenças transmissíveis representam uma carga importante no padrão epidemiológico brasileiro em relação à morbidade. Dessa forma, faz-se necessário, fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e incrementar a Prevenção e o Controle de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis com vistas à consolidação de estruturas permanentes e descentralizadas capazes de dar sustentabilidade à execução de suas ações.

#### **Quadro 10 – Projetos relacionados à Política Pública “Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos” – Ano 2007-2011**

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Atividade</b>	<b>Ano</b>
Implantação da Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador	Pesquisa	2007
Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador	Ensino - Lato Senu A Distância	2007
Desenvolvimento de um sistema de informações ambientais como ferramenta à vigilância em saúde ambiental	Pesquisa	2007

Avaliação das queimadas para a saúde humana na área do arco desmatamento	Pesquisa	2007
Curso de Capacitação de Gestores de Laboratórios de Saúde Pública	Ensino - Capacitação Presencial	2007
Pesquisa de avaliação visando ao assessoramento ao Programa Nacional de Controle da Leishmaniose e Esquistossomose	Pesquisa	2007
Desenvolvimento de metodologia para implantação de ações integradas de atenção básica e vigilância em Saúde	Pesquisa	2008
Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para as Ações de Vigilância e Controle de Doenças	Ensino - Stricto Sensu	2008
Implementação de projeto de cooperação técnica entre a ENSP/Fiocruz e a SVS/MS visando ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	Pesquisa	2008
Implementação do Centro de Estudos de Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde	Pesquisa	2008
Violência em Saúde do Trabalhador Relacionada aos Agravos de Notificação Compulsória e Situação de Risco	Pesquisa	2009
Fortalecimento das Ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose	Pesquisa	2009
Curso de Especialização a Distância em Biossegurança em Laboratórios de Saúde Pública	Ensino - Lato Sensu A Distância	2009
Curso de Especialização em Epidemiologia em Emergências no SUS	Ensino - Lato Sensu Presencial	2009
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde nas Fronteiras	Ensino - Stricto Sensu	2009
Mestrado Profissional na Área de Vigilância em Saúde	Ensino Stricto Sensu	2009
Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde	Ensino - Stricto Sensu	2009

Desenvolvimento de Metodologias de Vigilância e Monitoramento de Endemias: Leishmanioses, Esquistossomose e Arboviroses	Pesquisa	2009
2º Curso de Especialização em Epidemiologia para Monitoramento e Respostas às Emergências em Saúde	Ensino - Lato Sensu Presencial	2010
Criação de instrumentos para o Geoprocessamento aplicação em áreas vulneráveis e receptivas para arboviroses	Pesquisa	2010
Avaliação de Indicadores de Exposição e Agravos à Saúde da Amazônia Brasileira	Pesquisa	2010
Curso de Especialização em epidemiologia para o monitoramento e resposta às emergências em saúde pública	Ensino - Lato Sensu Presencial	2011
Curso de Especialização em epidemiologia para o monitoramento e resposta às emergências em saúde pública II	Ensino - Lato Sensu Presencial	2011
Caracterização de Riscos Relacionados à Exposição Ocupacional ao Benzeno em Postos de Gasolina	Pesquisa	2011
Fortalecimento das Capacidades de Prontidão e Resposta Frente à Situações de Emergência	Pesquisa	2011
Acesso à Redes de Emergência no SUS	Pesquisa	2011
Programa de Formação para Membros de Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Modalidade de Educação a Distância II	Ensino - Capacitação A Distância	2011
Desenvolvimento e aprimoramento de metodologias para vigilância e controle das Lesshimanioses Visceral e Tegumentar Americana a nível municipal e local	Pesquisa	2011

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Os quadros 1 a 10, que relacionam as políticas públicas do Ministério da Saúde com os projetos implementados por meio da cooperação com a ENSP/FIOCRUZ, apresentados acima, demonstram a efetiva participação da Instituição em todas as grandes áreas de atuação do Ministério da Saúde. Em maior ou menor proporção, a ENSP/FIOCRUZ contribui de forma significativa para o

alcance dos resultados estabelecidos para as políticas públicas, por meio dos projetos desenvolvidos em parceria.

É válido destacar que uma política pública não está relacionada a um tipo específico de ação ou atividade, nem mesmo a uma única Secretaria. Embora vinculada a uma Secretaria, por conta de seu objetivo principal, as ações propostas são articuladas com as demais áreas técnicas de Secretarias que podem contribuir, fortalecer e ampliar a efetividade de suas ações.

### 5.1.2 Análise comparativa entre o recurso orçamentário proveniente da União e o recurso extraorçamentário

Em uma análise comparativa do período de 2007 a 2011 (Tabela 1 e Gráfico 1), verifica-se que houve um aumento do recurso proveniente do orçamento do Governo Federal, variando de 28,77% em 2007 para 35,10% em 2008, porém reduzindo em 2009 para 23,02% e novamente aumentando para 26,74% em 2010 e depois para 28,66% em 2011.

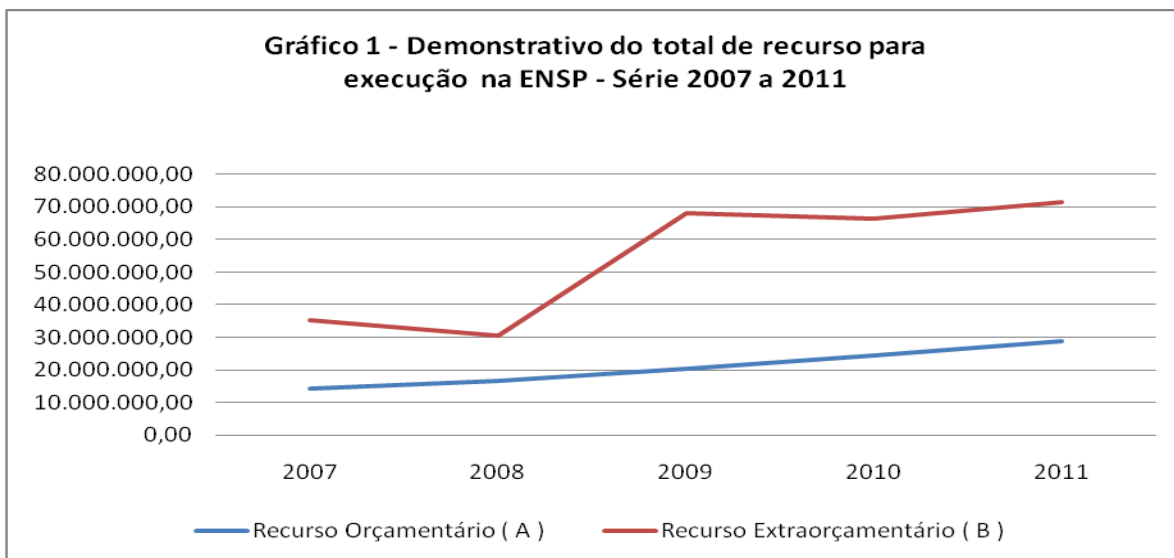
Já com relação ao recurso extraorçamentário captado por meio de agentes financiadores, constata-se que ocorreu uma redução do ano de 2007 para 2008, variando de 71,23% para 64,90% e aumentando de forma expressiva no ano de 2009, atingindo 76,97%, e posteriormente reduzindo em 2010 para 73,26% e para 71,34% em 2011 do orçamento anual da ENSP.

Nesse período, a ENSP dispôs de um orçamento total de R\$ 376.891.449,19, sendo R\$ 104.377.659,45, equivalente a 27,69% de recurso orçamentário e R\$ 272.513.789,65, correspondendo a 72,31% de recurso extraorçamentário.

Tabela 01 - Demonstrativo do total de recurso para execução na ENSP - Série 2007 a 2011

Distribuição de Recursos	Valor					TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	
Recurso Orçamentário ( A )	14.350.350,00	16.598.841,00	20.375.727,00	24.314.482,45	28.738.259,00	104.377.659,45
Recurso Extraorçamentário ( B )	35.525.410,12	30.685.805,38	68.131.033,26	66.624.236,80	71.547.304,09	272.513.789,65
Total ( C )	49.875.760,12	47.284.646,38	88.506.760,26	90.938.719,25	100.285.563,09	376.891.449,10
Varição (B/C)	71,23%	64,90%	76,98%	73,26%	71,34%	72,31%
Varição (A/C)	28,77%	35,10%	23,02%	26,74%	28,66%	27,69%

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Ao longo destes cinco anos, a ENSP vem atuando de forma expressiva e se articulando com diversas instituições públicas municipais, estaduais e federais, além de organizações não governamentais e de organismos e instituições internacionais, fato esse que se expressa no volume de recursos captados para viabilizar as ações de cooperação da instituição.

O fato de 72,31% do total de recursos disponíveis para execução na ENSP serem provenientes de captação de agentes financiadores, demonstra que a instituição vem se tornando cada vez menos dependente do recurso do orçamento da União e sendo capaz de estabelecer articulação para captar recursos para implementação de suas ações no campo do ensino, pesquisa, inovação tecnológica e gestão.

### **5.1.3 Análise comparativa entre o total de recurso extraorçamentário e o total de recurso extraorçamentário proveniente do Ministério da Saúde**

Analisando a série de 2007 a 2011 (Tabela 2 e Gráfico 2), constata-se que ocorreu uma oscilação ao longo dos anos no que se refere à captação de recurso extraorçamentário do Ministério da Saúde em relação ao total de recurso extraorçamentário, variando de 68,81% em 2007 para 62,87% em 2008, com uma

redução para 42,57% em 2009. Em 2010 ocorreu um aumento expressivo para 83,44% e no ano posterior uma redução para 46,08%.

De toda forma, constata-se que ao longo destes cinco anos, o recurso extraorçamentário do Ministério da Saúde corresponde a 59,19% do total de recursos captados por agentes financiadores. Dos R\$ 272.513.789,65 de recurso extraorçamentário, R\$ 161.305.679,32 são provenientes deste Ministério.

A redução acentuada dos investimentos do Ministério da Saúde entre os anos de 2010 e 2011 pode ser explicada em função de aspectos políticos e econômicos. No que se refere ao aspecto político, constata-se que no ano de 2011 ocorreu a mudança do governo do ex-Presidente Luis Inácio Lula da Silva para o governo da Presidente Dilma Houssef, impactando diretamente na configuração da estrutura do Poder Executivo e conseqüentemente na nomeação dos dirigentes dos ministérios e revisão das estratégias e políticas de saúde do governo para o país.

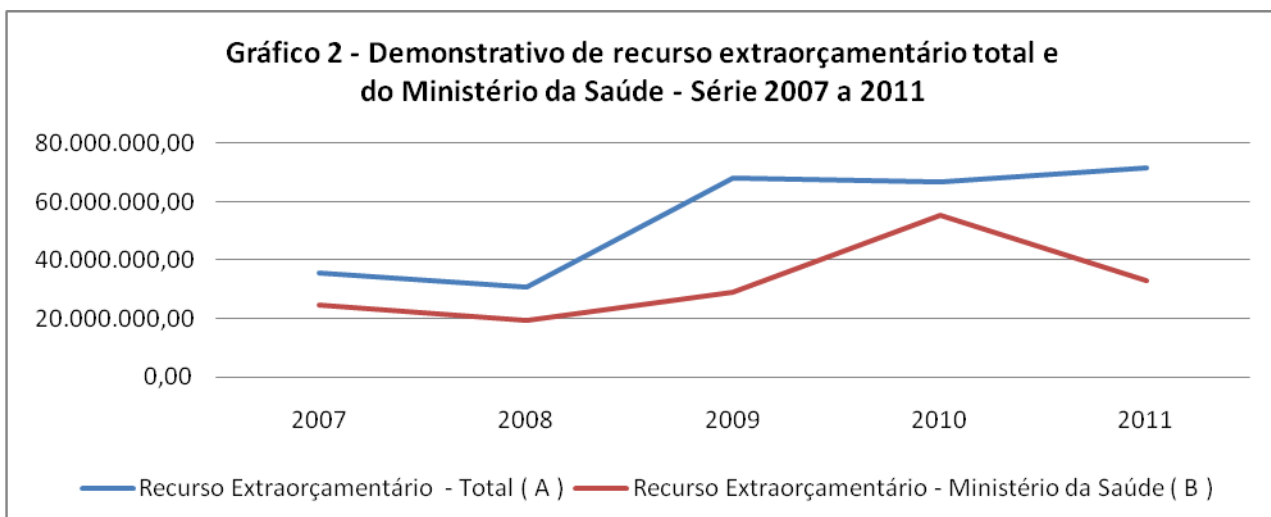
O segundo aspecto que justifica a redução das ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP e o Ministério da Saúde está relacionado à redução os investimentos do Governo Federal por conta crise financeira mundial. A necessidade de se gerar superávit primário e de promover a redução dos gastos públicos obrigou os órgãos do Poder Executivo a reduzirem seus gastos e investimentos.

Tabela 02 - Demonstrativo de recurso extraorçamentário total e do Ministério da Saúde - Série 2007 a 2011

Distribuição de Recursos	Valor					TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	
Recurso Extraorçamentário - Total ( A )	35.525.410,12	30.685.805,38	68.131.033,26	66.624.236,80	71.547.304,09	272.513.789,65
Recurso Extraorçamentário - Ministério da Saúde ( B )	24.446.517,73	19.293.460,49	29.004.480,94	55.594.056,63	32.967.163,53	161.305.679,32
Variação (B/A)	68,81%	62,87%	42,57%	83,44%	46,08%	59,19%

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição





Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Em complementação, o quadro indicado abaixo, apresenta o orçamento do Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2011, que dispôs de R\$ 312,4 bilhões, distribuídos por todos os seus órgãos vinculados. Neste sentido, destaca-se a dificuldade de obtenção de dados consolidados acerca do investimento total realizado pelo Ministério da Saúde em suas ações, considerando a fragmentação do orçamento não apenas pelos entes federais, mas municipais e estaduais.

**Orçamento do Ministério da Saúde - Ano 2007 a 2011**

Ano	Valor (R\$, bilhões)
2007	49,5
2008	54,1
2009	62,9
2010	67,4
2011	78,5

Fonte: Ministério da Saúde (2012) – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**5.1.4 Análise das ações de cooperação desenvolvidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde por atividade**

Em função da diversidade de ações desenvolvidas pela instituição, é de fundamental importância identificar como estes projetos estão distribuídos, considerando suas atividades principais.

Por meio de uma análise das atividades realizadas pelos projetos, conforme apresentado na Tabela 03, pode-se concluir que no ano de 2007 do total de 18 projetos, 09 estão relacionados com as atividades de ensino, correspondendo a 50%, seguido de 08 projetos na área de pesquisa, representado 44,44% do total.

Embora a quantidade de projetos na área de ensino e pesquisa esteja proporcionalmente equilibrada, o volume de recurso investido nas ações de ensino é muito superior ao investimento na área de pesquisa.

Constata-se, assim, conforme Tabela 04, que no ano de 2007, a demanda do Ministério da Saúde por ações de formação e qualificação de seus quadros foi muito superior às demais. Dos 09 projetos na área de ensino, 04 estão relacionados aos cursos de capacitação, na modalidade a distância, correspondendo a 44,44% do total, equivalente a 79,83% do total de recursos destinados às atividades de ensino.

**Tabela 03 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ano 2007**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	9	50,00%	19.002.497,73	77,73%
Pesquisa	8	44,44%	2.794.020,00	11,43%
Inovação Tecnológica	0	0,00%	0,00	0,00%
Gestão	1	5,56%	2.650.000,00	10,84%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>24.446.517,73</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 04 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Ano 2007**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	1	11,11%	401.623,23	2,11%
Ensino Lato Sensu - A Distância	2	22,22%	1.645.576,88	8,66%
Capacitação - Presencial	1	11,11%	800.000,00	4,21%
Capacitação - A Distância	4	44,44%	15.169.095,62	79,83%
Ensino Stricto Sensu	1	11,11%	986.202,00	5,19%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>19.002.497,73</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

No ano de 2008, conforme apresentado na Tabela 05, pode-se concluir que do total de 14 projetos, oito estão relacionados com as atividades de pesquisa, correspondendo a 57,14%, seguido de seis projetos na área de ensino, representado 42,86% do total. Embora as ações na área de pesquisa estejam em maior quantidade, o volume de recurso investido nas ações de ensino é muito superior, mantendo a tendência de fortalecimento e qualificação da força de trabalho dos profissionais na área da saúde, tendo em vista que a mesma situação foi registrada no ano de 2007.

Em uma análise mais específica da área de ensino, conforme Tabela 06, constata-se que os 06 projetos estão distribuídos de maneira proporcional entre os níveis de formação e modalidade de ensino. Porém, ao identificar o volume de recurso investido, evidencia-se que a ação de ensino *lato sensu*, na modalidade a distância, recebeu um volume de recurso superior.

**Tabela 05 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ano 2008**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	6	42,86%	16.164.260,49	83,78%
Pesquisa	8	57,14%	3.129.200,00	16,22%
Inovação Tecnológica	0	0,00%	0,00	0,00%
Gestão	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>19.293.460,49</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 06 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Ano 2008**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	1	16,67%	272.424,99	1,69%
Ensino Lato Sensu - A Distância	1	16,67%	7.985.740,00	49,40%
Capacitação - Presencial	1	16,67%	472.643,50	2,92%
Capacitação - A Distância	1	16,67%	986.202,00	6,10%
Ensino Stricto Sensu	2	33,33%	6.447.250,00	39,89%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>16.164.260,49</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Tal análise demonstra o investimento do Ministério da Saúde na qualificação profissional de seu quadro de servidores, principalmente por ações de formação na modalidade a distância. Ao longo dos anos a ENPS/FIOCRUZ vem realizando investimentos significativos na área de tecnologia de informação para ampliar a oferta de cursos na modalidade a distância, considerando que este é o modelo mais adequado ao se propor a formação e qualificação de profissionais em um país continental como o Brasil.

Neste sentido, a ENSP/FIOCRUZ, como articuladora do campo da saúde e atenta às novas tendências no âmbito da formação, foi capaz de identificar e propor ao Ministério da Saúde uma inovadora e ousada estratégia de formação de profissionais, até então pouco difundida no país. Ao se analisar os dados dos anos de 2007 e 2008, constata-se que as ações de ensino com maior volume de investimento estavam relacionadas com a modalidade a distância.

Já no ano de 2009, conforme apresentado na Tabela 07, pode-se concluir que do total de 32 projetos, 13 estão relacionados com as atividades de ensino, correspondendo a 40,63%, seguido de 10 projetos na área de pesquisa, representado 31,25% do total.

Embora as ações de inovação tecnológica e gestão representem 9,38% e 18,75% do total de projetos, estas respondem por investimentos na ordem de R\$ 2.932.121,95 e R\$ 2.956.842,86, respectivamente 10,11% e 10,19%.

Com base nestes dados, constata-se também que o Ministério da Saúde demonstra de forma explícita o interesse de realizar pesquisas de forma a compreender a realidade da saúde no país e que servirão com base para a formulação e implementação de políticas públicas.

Neste ano, o Ministério da Saúde mantém a tendência de realizar maiores investimentos na área de ensino, conforme anos anteriores, mas demonstrando o interesse em ampliar as ações de cooperação para outras áreas, sendo elas, inovação tecnológica e gestão, que até então eram inexpressivas e/ou inexistentes nesta parceria.

Analisando as ações de ensino por nível de formação e modalidade, como apresenta a Tabela 08, verifica-se neste ano que as ações de ensino foram proporcionalmente distribuídas entre os cursos *lato sensu*, de capacitação e *stricto sensu*, seja na modalidade a distância ou presencial. Mas no que se refere ao

volume de recurso investido, manteve-se também a tendência dos anos anteriores, com forte investimento nos cursos na modalidade a distância.

**Tabela 07 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ano 2009**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	13	40,63%	11.870.977,63	40,93%
Pesquisa	10	31,25%	11.244.447,50	38,77%
Inovação Tecnológica	3	9,38%	2.932.212,95	10,11%
Gestão	6	18,75%	2.956.842,86	10,19%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>	<b>29.004.480,94</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 08 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Ano 2009**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	2	15,38%	490.000,00	4,13%
Ensino Lato Sensu - A Distância	2	15,38%	600.000,00	5,05%
Capacitação - Presencial	4	30,77%	2.141.140,00	18,04%
Capacitação - A Distância	2	15,38%	7.179.837,63	60,48%
Ensino Stricto Sensu	3	23,08%	1.460.000,00	12,30%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>11.870.977,63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

No ano de 2010, por meio de uma análise das atividades realizadas pelos projetos, conforme apresentado na Tabela 09, pode-se concluir que as ações promovidas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde confirmaram a tendência de realização de maiores investimentos nas ações de ensino, conforme os anos anteriores analisados. Porém, destaca-se o alto investimento realizado nas ações de cooperação no campo da gestão.

Tal constatação registra o movimento do Ministério da Saúde de aperfeiçoar e fortalecer sua gestão e processos de trabalho. A compreensão da importância e necessidade de gerir melhor seus recursos para ampliar sua capacidade de ação pode ser entendida pelo aumento do investimento nas ações de gestão.

Tendo como base a análise das ações de ensino por nível de formação e modalidade, de acordo com a Tabela 10, constata-se que a formação de profissionais por meio de cursos na modalidade a distância continua sendo a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, embora se registre um forte investimento na formação em cursos presenciais.

**Tabela 09 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ano 2010**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	14	36,84%	24.015.215,40	43,20%
Pesquisa	13	34,21%	3.137.877,23	5,64%
Inovação Tecnológica	2	5,26%	7.970.000,00	14,34%
Gestão	9	23,68%	20.470.964,00	36,82%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>55.594.056,63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 10 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Ano 2010**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	3	21,43%	5.761.763,17	23,99%
Ensino Lato Sensu - A Distância	4	28,57%	3.386.658,53	14,10%
Capacitação - Presencial	3	21,43%	3.086.793,70	12,85%
Capacitação - A Distância	3	21,43%	10.700.000,00	44,56%
Ensino Stricto Sensu	1	7,14%	1.080.000,00	4,50%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>24.015.215,40</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Por fim, no ano de 2011, conforme apresentado na Tabela 11, conclui-se que do total de 31 projetos, 17 estão relacionados com as atividades de ensino, seguido de 10 projetos na área de pesquisa. Destaca-se também que os investimentos guardam relação direta e proporcional com a quantidade de ações de ensino e pesquisa.

Tendo como base a análise das ações de ensino por nível de formação e modalidade, de acordo com a Tabela 12, constata-se que, embora as ações de formação na modalidade presencial sejam em maior quantidade, o volume de investimento nos cursos na modalidade a distância é significativamente superior.

**Tabela 11 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ano 2011**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	17	54,84%	22.052.640,63	66,89%
Pesquisa	10	32,26%	8.011.313,90	24,30%
Inovação Tecnológica	2	6,45%	628.209,00	1,91%
Gestão	2	6,45%	2.275.000,00	6,90%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>32.967.163,53</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 12 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Ano 2011**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	4	23,53%	3.992.616,10	18,10%
Ensino Lato Sensu - A Distância	2	11,76%	448.000,00	2,03%
Capacitação - Presencial	6	35,29%	4.087.373,60	18,53%
Capacitação - A Distância	4	23,53%	12.774.650,93	57,93%
Ensino Stricto Sensu	1	5,88%	750.000,00	3,40%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>22.052.640,63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Tendo como base o período de 2007 a 2011, conforme Tabela 13, evidencia-se que as ações de cooperação realizadas entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde estavam concentradas nos projetos de ensino e pesquisa. De forma expressiva, a estratégia de atuação estava direcionada para ações de ensino, representado a maior quantidade de atividades e de investimento.

As ações na área de gestão também foram destaque desta cooperação, indicando que o Ministério como agente do Estado deve estar atento com a forma como os recursos públicos são aplicados, bem como na definição de uma estrutura organizacional e de processos que sejam capazes de proporcionar maior capacidade de ação.

Em uma análise específica das ações de ensino, vide Tabela 14, constata-se que dos 59 projetos, o maior investimento realizado foi nos cursos na modalidade a distância, confirmando a estratégia de formação profissional em larga escala.

O nível de investimento no Ministério da Saúde na área de ensino demonstra o interesse do governo em qualificar seu quadro de trabalhadores. Neste sentido, frente ao contexto atual, a educação a distância se apresenta como a alternativa adotada para a formação de profissionais em todo o país.

A ENSP/FIOCRUZ propõe-se principalmente, a estruturar a formação e a educação permanente de gestores públicos em saúde, incorporando as características da moderna gestão de sistemas, serviços, organizações e programas. A construção de processos de educação permanente, a aliança entre trabalho e formação e a consolidação de redes de cooperação são os principais objetivos.

Desta forma, evidencia-se que a ENSP/FIOCRUZ, visando responder às demandas colocadas pelo sistema de saúde brasileiro em rápida transformação, dedica-se a mobilizar e potencializar os esforços institucionais especificamente dirigidos a colaborar com a ampliação da capacidade e qualidade de governo em saúde.

**Tabela 13 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Série 2007 a 2011**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino	59	44,36%	93.105.591,88	57,72%
Pesquisa	49	36,84%	28.316.858,63	17,55%
Inovação Tecnológica	7	5,26%	11.530.421,95	7,15%
Gestão	18	13,53%	28.352.806,86	17,58%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>	<b>161.305.679,32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

**Tabela 14 - Demonstrativo do total de projetos com o Ministério da Saúde por atividade - Ensino: nível de formação e modalidade de ensino - Série 2007 a 2011**

Atividade	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Ensino Lato Sensu - Presencial	11	18,64%	10.918.427,49	11,73%
Ensino Lato Sensu - A Distância	11	18,64%	14.065.975,41	15,11%
Capacitação - Presencial	15	25,42%	10.587.950,80	11,37%
Capacitação - A Distância	14	23,73%	46.809.786,18	50,28%
Ensino Stricto Sensu	8	13,56%	10.723.452,00	11,52%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>	<b>93.105.591,88</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição



### 5.1.5 Análise das ações de cooperação distribuídas pelas Secretarias do Ministério da Saúde

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta por sete Secretarias, responsáveis por áreas, estratégias e políticas específicas da saúde. Neste sentido, a análise dos projetos por meio destas Secretarias permite identificar como as ações de cooperação estão organizadas internamente no Ministério.

Conforme Tabela 15, constata-se que no ano de 2007, as ações promovidas com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) representaram o maior nível de investimento. Já no ano de 2008, os maiores investimentos foram realizados com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), conforme demonstrado na Tabela 16.

Tabela 15 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Ano 2007

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	3	16,67%	13.474.319,46	55,12%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	2	11,11%	3.131.482,00	12,81%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	7	38,89%	4.680.696,27	19,15%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	6	33,33%	3.160.020,00	12,93%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>24.446.517,73</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Tabela 16 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Ano 2008

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	2	14,29%	4.858.733,50	25,18%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	1	7,14%	986.202,00	5,11%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	7	50,00%	10.637.364,99	55,13%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	4	28,57%	2.811.160,00	14,57%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>19.293.460,49</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Tabela 17 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Ano 2009

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	2	6,25%	3.588.540,00	12,37%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	2	6,25%	1.718.108,00	5,92%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	15	46,88%	13.872.832,94	47,83%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	13	40,63%	9.825.000,00	33,87%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>29.004.480,94</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Tabela 18 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Ano 2010

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	1	2,63%	6.470.000,00	11,64%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	8	21,05%	32.548.921,49	58,55%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	1	2,63%	120.000,00	0,22%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	21	55,26%	12.708.343,14	22,86%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	5	13,16%	1.721.792,00	3,10%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	2	5,26%	2.025.000,00	3,64%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>55.594.056,63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

No ano de 2009, o maior investimento também foi realizado com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vide Tabela 17. Porém, no ano de 2010, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) registra um expressivo investimento, conforme apresentado na Tabela 18.

Destaca-se que a SGTES tem como finalidade propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do SUS, garantindo uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população. Já a SAS atua no processo de formulação e implementação de políticas nacionais nas áreas de atenção especializada à saúde; regulação, normalização, avaliação e controle da prestação de serviços e ações assistenciais; e atenção básica à saúde.

E por fim, no ano de 2011, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) se destaca como responsável pelo maior investimento realizado nas ações de cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e Ministério da Saúde, conforme demonstrado na Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Ano 2011

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	0	0,00%	0,00	0,00%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	1	3,23%	115.000,00	0,35%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	5	16,13%	14.692.305,00	44,57%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	12	38,71%	12.027.556,40	36,48%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	11	35,48%	5.504.093,13	16,70%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	2	6,45%	628.209,00	1,91%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>32.967.163,53</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

A SGEP tem como finalidade formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social, articulando ações com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da área saúde.

Analisando a período de 2007 a 2011, conforme Tabela 20, constata-se que as ações desenvolvidas em parceria com a Secretaria de Atenção em Saúde e com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representaram os maiores investimentos.

Evidencia-se que no período analisado não ocorreu nenhuma cooperação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Tal fato pode ser justificado em função da recente criação desta Secretaria, apenas no final do ano de 2010, estando no ano de 2011 em processo de organização de sua estrutura e definição de estratégias e políticas.

Tabela 20 - Distribuição dos projetos financiados pelas Secretarias do Ministério da Saúde - Série 2007 a 2011

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	Projetos		Valor Total	
	Quantidade	%	Total	%
Secretaria Executiva - SE	1	0,75%	6.470.000,00	4,01%
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES	16	12,03%	54.585.514,45	33,84%
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP	11	8,27%	20.648.097,00	12,80%
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	62	46,62%	53.926.793,74	33,43%
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS	39	29,32%	23.022.065,13	14,27%
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE	4	3,01%	2.653.209,00	1,64%
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESI	0	0,00%	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>	<b>161.305.679,32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados da instituição

Nesta série histórica, fica evidente que a cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde está pautada primordialmente nas ações de ensino e pesquisa, desenvolvidas com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Estas duas secretarias representam o maior volume de investimento, seguida da Secretaria de Vigilância em Saúde, que tem como objetivo reforçar uma área extremamente estratégica do Ministério, por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica.

A articulação entre a ENSP/FIOCRUZ com a Secretaria Executiva e com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos é mais pontual, e embora o investimento nas ações de gestão e inovação tecnologias seja reduzido, os dados demonstram que vem sendo ampliados ao longo dos anos, podendo considerar uma linha de tendência para o futuro.

O investimento do Ministério da Saúde para viabilizar a implementação do programa do Governo para a área da saúde explicita as estratégias e as diretrizes para cada uma das áreas de atuação de suas Secretarias, que podem ser representadas por meio de suas políticas públicas.

## 5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

O estudo também contou com a realização de entrevistas de forma a identificar como se processa a formação de uma aliança estratégica para a implementação de uma ação realizada entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde. Desta forma, foram realizadas entrevistas com três pesquisadores da instituição que coordenam projetos desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde e que apresentam informações relevantes sobre esta articulação entre as instituições.

A realização das entrevistas teve com objetivo principal compreender o processo de formação de uma aliança estratégica entre as duas instituições, assim como possibilitar uma análise mais ampla das questões políticas e técnicas que são consideradas neste processo. Além destes aspectos, foram objeto de análise as contribuições destas ações de cooperação para os atores envolvidos e uma análise geral sobre as limitações e possibilidades da aliança entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde na implementação das políticas públicas no país.

As entrevistas foram realizadas com três pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ, que atuam como coordenadores de projetos desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde.

- Coordenador 1 – Médico, Doutor em Saúde Pública, servidor público há 30 anos, ocupante do cargo de Pesquisador em Saúde Pública, atuando na instituição como pesquisador e professor.
- Coordenador 2 – Médico, Doutor em Saúde Coletiva, servidor público há 32 anos, ocupante do cargo de Pesquisador em Saúde Pública, atuando na instituição como pesquisador e professor.
- Coordenador 3 – Médico, Mestre em Ciências, servidor público há 23 anos, ocupante do cargo de Tecnologista em Saúde Pública, atuando na instituição como pesquisador e professor.

Tendo em vista que o objetivo das entrevistas é o de poder compreender de que forma a instituição constitui sua parceria com o Ministério da

saúde, o presente estudo identificou e selecionou um projeto de cada uma das áreas de atuação da ENSP/FIOCRUZ, sendo elas: ensino, pesquisa e inovação tecnológica e gestão. Ressalta-se que estes três projetos foram escolhidos, em função de sua complexidade de articulação, abrangência de impacto e o volume de recurso investido para sua implementação.

No que se refere ao início do processo de articulação e negociação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde para implementação de uma ação, os coordenadores destacaram diversos aspectos que asseguram uma posição estratégica para a instituição com articuladora a política nacional de saúde.

Por se tratar de uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, a ENSP/FIOCRUZ é sempre uma das principais parceiras identificadas e convocadas para a implementação de uma política pública. Sua atuação e capacidade de interação com instituições municipais, estaduais e federais de todo o país, facilita o processo de implementação das ações.

Usualmente, o início deste processo, a negociação, ocorre entre os dirigentes do Ministério da Saúde e o coordenador do projeto. Como esse pesquisador da ENSP/FIOCRUZ goza de uma ampla autonomia, por conta da própria estrutura da organização, assim como da especificidade de seus conhecimento e ações, ele inicia este processo de negociação, que posteriormente é institucionalizado por meio de um instrumento jurídico.

Como temos contato direto com os dirigentes do Ministério da Saúde, por conta dos diversos projetos em andamento, somos o agente de ligação entre eles e a ENSP. Então essa etapa inicial acaba sendo realizada por nós mesmos. (COORDENADOR 1)

Acredito que neste momento seja fundamental a participação e o envolvimento dos dirigentes da ENSP, para avaliar a viabilidade das ações propostas, no que se refere ao prazo, recursos envolvidos, tecnologias, impactos das políticas. Os pesquisadores/coordenadores não podem ser e não são os únicos responsáveis pela implementação dos projetos. Dependemos da estrutura da Escola para viabilizar estas ações. (COORDENADOR 2)

A ENSP/FIOCRUZ possui um corpo de especialistas qualificado para atuação em diversas áreas as saúde e estabelecendo interface com outras ciências, na área de ensino, pesquisa, gestão e inovação tecnológica. Esta amplitude de

atuação e interdisciplinaridade possibilita a instituição a realizar diversas ações não apenas relacionadas ao campo da saúde, mas também atuar nos limites de existentes com outros campos e ciências.

Frente ao amplo campo de atuação e sua capacidade de articulação, a ENSP/FIOCRUZ se posiciona em um espaço muito destacado e particular ocupado por poucas instituições neste país. Sua atuação ao está apenas relacionada à implementação de ações para atender demandas do Estado.

Como instituição de pesquisa, sua missão também é de pensar e identificar medidas, ações, projetos que possam contribuir para a transformação da realidade social do país. Como instituição de vanguarda, compete a ela pensar para além do que é necessário para atender as demandas atuais da sociedade.

A ENSP ocupa um espaço privilegiado no cenário nacional, tanto pelas questões técnicas, por conta dos resultados de suas ações, quanto pelas questões políticas, considerando ser uma instituição de Estado e como tal participar de discussões de interesse nacional e que terão impacto na vida da sociedade como um todo. (COORDENADOR 1).

Muitas vezes somos convocados pelo Ministério da Saúde, em função de nossa *expertise* em determinada área para compor um grupo de trabalho para pensar, formular ações e políticas públicas. Esse grupo de trabalho apresenta a proposta e pensamos nas possíveis instituições capazes de implementar as ações. Neste momento, por conta do meu vínculo com a ENSP acabo apresentando a instituição como parceira. E na maioria destes casos, a indicação é aceita de imediato. (COORDENADOR 3)

Os entrevistados destacaram também aspectos políticos e técnicos que são levados em consideração na definição de uma parceria entre as instituições. Assim, constata-se que embora os aspectos técnicos sejam fundamentais para implementação de uma ação e principalmente para a sua efetividade, em algumas situações as questões políticas prevalecem.

Aspectos políticos e técnicos nem sempre andam juntos. Muitas vezes, projetos que são viáveis tecnicamente, não necessariamente são viáveis, considerando os aspectos políticos e vice-versa. O Governo, de maneira geral, ao definir a ação, analisa também o seu impacto frente a conjuntura social, política e econômica do país. (COORDENADOR 2)

Aceitar também formalizar uma aliança estratégica para implementar uma política pública proposta pelo Ministério da Saúde, nem sempre é uma decisão apenas técnica:



Muitas vezes os projetos são apresentados pelo Ministério da Saúde e ao analisarmos sob uma perspectiva técnica, percebemos que é inviável sua implementação, seja por conta da questão de investimento, prazos e até mesmo impacto na sociedade. Contudo, em algumas situações temos que contornar as adversidades e seguir com o projeto, encontrando outras alternativas e estratégias para sua viabilização, como reduzir o escopo do projeto, reduzir algumas metas ou redefinir as áreas de atuação. (COORDENADOR 2)

Por ser uma instituição de Estado, a ENSP/FIOCRUZ deve estar alinhada às estratégias e diretrizes do Ministério da Saúde. Desta forma, ao analisar esta aliança estratégica verifica-se que os entrevistados a consideram como fundamental para o fortalecimento e consolidação da instituição como uma das principais e mais importantes parceiras do Ministério no processo de implementação de uma política nacional de saúde.

É óbvio que não podemos afirmar que a ENSP é a única e mais importante parceira do Ministério, até mesmo porque o Ministério desenvolve ações com muitas outras instituições. Porém, a Escola possui um quadro de especialistas altamente qualificado e que atua em diversas áreas das ciências sociais, humanas, exatas, entre outras, o que a torna sempre a mais destacada. (COORDENADOR 1)

A ENSP/FIOCRUZ é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e desta forma é uma das organizações à disposição do Estado para formular, implementar e avaliar as políticas de saúde definidas para o país. Destaca-se ainda que a trajetória da ENSP/FIOCRUZ é uma credencial importante para a formação de uma aliança estratégica. A tradição, o corpo técnico especializado e principalmente os resultados de suas ações dão à instituição a credibilidade necessária para desenvolver estes projetos.

A ENSP é considerada uma “marca”, que traz consigo credibilidade, respeito e que dá à instituição parceira a certeza e segurança de que o projeto será implementado com sucesso, atingindo a efetividade desejada. A chancela da ENSP posiciona o projeto, a ação ou a pesquisa num outro patamar. (COORDENADOR 3)

No que se refere ao papel da instituição nesta cooperação com o Ministério da Saúde, contata-se que em alguns casos essa posição é mais ativa no sentido de conduzir e articular todo processo, definindo as ações, metas, diretrizes e estratégias das ações. Contudo, há situações que as ações e políticas já foram

definidas e são apresentadas para a ENSP/FIOCRUZ no momento de sua implementação, com baixa capacidade e possibilidade de negociação técnica e política.

A formação desta aliança estratégica apresenta contribuições para todos os entes envolvidos. É importante para a Escola uma vez que este fato a posiciona como um agente estratégico e articulador da política nacional de saúde. Ao mesmo tempo é importante para o Ministério da Saúde, pois proporciona a segurança e credibilidade necessária de que as ações serão implementadas com excelência e alcançando a efetividade desejada.

A articulação com o Ministério da Saúde é apenas o ponto de partida para implementar uma ação. Por exemplo, pensar na qualificação de nove, dez ou quinze mil gestores de saúde no país inteiro, demanda uma estrutura robusta na ENSP e uma capacidade de articulação com diversas instituições municipais, estaduais e federais. (COORDENADOR 2)

Imaginar que somos responsáveis pela qualificação de profissionais que estão no interior do estado do Acre e que nossas ações podem contribuir para a melhora do sistema de saúde daquela cidade e que conseqüentemente contribuirá para a melhora do atendimento ao cidadão é algo que muitas vezes as pessoas que não estão envolvidas no processo não conseguem perceber. (COORDENADOR 2)

Os entrevistados enfatizaram primordialmente que o interesse do Ministério da Saúde na constituição de uma aliança com a ENSP/FIOCRUZ está relacionado à *expertise* e capacidade que a instituição possui de formar quadros de profissionais para atuação no campo da saúde. Embora possua ampla experiência na área da pesquisa também, as ações de formação e qualificação são mais destacadas.

Frente ao exposto, constata-se que a análise documental considerou diversos aspectos da cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde, no campo do ensino, pesquisa, gestão e inovação tecnologia no período de 2007 a 2011. Tal análise demonstra que esta relação se baseia principalmente nas ações de ensino, com tendências à ampliação das ações nas áreas de pesquisa, de gestão e de inovação tecnológica.

Tendo como missão e registrado no Regimento Interno da instituição, a formação e qualificação de profissionais para atuação no sistema de saúde destacou-se frente às demais áreas de atuação da ENSP. Sua atuação em conjunto

com o Ministério da Saúde estava direcionada para a área do ensino, tendo como estratégia central a capacitação profissional, através da modalidade a distância.

No que se refere ao cumprimento da missão institucional, houve ampliação da atuação da ENSP/FIOCRUZ no que diz respeito capacidade de atender às demandas de formação para o SUS e para as políticas públicas. A expansão da capacidade de atender demandas nacionais gerou a conquista de espaço privilegiado nos processos de capacitação e qualificação do setor saúde, além do reconhecimento como parceiro privilegiado do Ministério da Saúde.

É importante ressaltar também que essa nacionalização das ações da ENSP/FIOCRUZ foi muito favorecida pela viabilização dos cursos por através de modalidade a distância, possibilitando ampliar sua área de atuação e principalmente pelas ações desenvolvidas por meio de cooperação e alianças estratégicas.

Destaca-se ainda o amplo espectro desta aliança, tendo em vista que as ações de cooperação estão distribuídas praticamente entre todas as políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde. Fato este que assegura o posicionamento estratégico da ENSP/FIOCRUZ como importante articuladora da Política Nacional de Saúde no país.

Neste contexto, a partir das entrevistas com os pesquisadores foi possível compreender de que forma se processa a aliança estratégica entre as instituições e como ela é articulada internamente na ENSP/FIOCRUZ. Considerando o discurso dos entrevistados, evidencia-se também o protagonismo exercido pela Escola, tendo em vista as convocações para participar das discussões sobre as ações concebidas no Ministério da Saúde.

## **CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS**

### **6.1 CONCLUSÕES**

O estudo teve como objetivo descrever de que forma as ações de cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e o Ministério da Saúde sustentam o seu protagonismo como articuladora da implementação da política nacional de saúde.

Tendo em vista responder à questão-problema da pesquisa, foram apresentadas análises sobre a constituição do sistema de saúde brasileiro e das políticas públicas de saúde, assim como uma análise sobre a trajetória histórica e recente da ENSP/FIOCRUZ e posteriormente a análise sobre as informações obtidas por meio da pesquisa documental e das entrevistas acerca das ações de cooperação desenvolvidas pela instituição com o Ministério da Saúde.

Para isso, o estudo utilizou-se também do referencial teórico sobre alianças estratégicas, associado ao campo da administração pública, de forma a possibilitar a compreensão das ações de cooperação entre as instituições para a implementação de políticas públicas de saúde no país.

Frente à análise do referencial teórico, constatou-se que as questões relacionadas à saúde pública parecem se situar no centro dos processos de mudança social. Todo e qualquer problema hoje, seja de natureza coletiva ou individual, se reporta em alguma medida à temática da saúde. As fronteiras do domínio da saúde de fato se expandem, as preocupações sociais a esse respeito aumentam e tendem cada vez mais a ocupar a agenda governamental. O campo da saúde pública nunca se revelou tão amplo, complexo e politizado. E, por sua vez,, as instituições atuantes na área nunca se viram perante tantos desafios, oportunidades de ação e responsabilidades.

O papel de destaque hoje ocupado pela ENSP/FIOCRUZ no campo da saúde pública do país, o cenário nacional de desenvolvimento e as profundas mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais e tecnológicas em curso na sociedade contemporânea, todos esses elementos ensejam novos desafios, possibilidades de atuação e maiores responsabilidades para a instituição no que

tange à melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira, à conquista do direito à saúde e à consolidação do SUS.

Do ponto de vista das teorias organizacionais, a ENSP/FIOCRUZ é uma organização profissional, cujo trabalho é de natureza complexa e especializada e onde, justamente em razão das singularidades do trabalho processado, o corpo de pesquisadores ocupa um lugar central. Deste modo, o processo de tomada de decisões e de implementação das atividades na instituição envolve incertezas e exige a *expertise* e a discricionariedade dos pesquisadores.

Em decorrência disso, tais pesquisadores gozam de autonomia técnica para desenvolverem suas atividades. Ademais, suas atividades costumam ganhar projeção e reconhecimento social, o que lhes confere legitimidade e poder para buscar exercer influência sobre a vida organizacional e viabilizar suas ideias e projetos.

Sob tal contexto, a condução desse tipo da organização revela-se um processo muito mais delicado do que aquele tradicionalmente observado nas organizações em que a lógica hierárquica prevalece. Os principais desafios em jogo dizem respeito à possibilidade de construção de uma visão comum acerca da organização e de coordenação das ações realizadas que, na maior parte das vezes, são de natureza multiprofissional e multidisciplinar. Destaca-se ainda a importância da instituição coordenar suas ações, avaliar seu desempenho, identificar áreas de excelência, demarcar o seu espectro de atuação, tomar decisões acerca do seu desenvolvimento e eleger prioridades.

Em função da sua própria razão de ser, a Escola desenvolve ações em diversas áreas do campo da saúde, tangenciando demais ciências, uma vez que, invariavelmente, as questões de saúde pública são abordadas à luz das ciências da economia, sociologia, política, gestão, antropologia, entre outras. Neste sentido a instituição possui um corpo de pesquisadores especializados nas mais diversas áreas, sendo esta uma de suas maiores fortalezas, pois esta natureza multidisciplinar amplia sua atuação e interface com instituições de diversos segmentos.

Assim, considerando que a instituição possui características de uma organização profissional, onde seu corpo de pesquisadores goza de autonomia no desempenho de suas atividades, é necessária uma grande articulação entre a alta

administração e os pesquisadores no sentido de orientar e definir as estratégias e diretrizes para o campo da cooperação, com o objetivo de organizar e coordenar as ações nesta área dentro da instituição.

Tendo em vista esta análise apresentada, constata-se que a ENSP/FIOCRUZ é uma instituição de grande porte e projeção no cenário nacional, estando inserida definitivamente no SUS e no Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. E a expansão da capacidade de atender demandas nacionais gerou a conquista de espaço privilegiado na área da saúde pública, destacadamente no campo do ensino.

A pesquisa documental teve como objetivo realizar a sistematização de informações sobre as ações de cooperação, possibilitando identificar de que forma a ENSP/FIOCRUZ se articula com o Ministério da Saúde. Em uma análise sobre a relação existente entre os projetos implementados pela instituição e as políticas públicas definidas pelo Ministério, evidencia-se que a ENSP/FIOCRUZ, em função da sua diversidade e amplitude de atuação, desenvolve ações nas principais políticas para a saúde do governo, tendo como objetivo o aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde, para proporcionar um melhor atendimento à população assistida pelo SUS.

A pesquisa também realizou uma análise das ações de cooperação sob o aspecto financeiro. E neste sentido, constatou-se que ao longo do período de 2007 a 2011, do recurso total disponível (orçamentário e extraorçamentário) na ENSP/FIOCRUZ, 72,31% deste foi classificado como recurso extraorçamentário, proveniente de captação instituições parceiras, fruto das ações de cooperação.

Tal fato comprova que ao longo destes cinco anos a ENSP/FIOCRUZ ampliou sua capacidade de articulação com demais instituições com a perspectiva de se consolidar como uma das principais instituições de saúde do país, com atuação em praticamente em todo território nacional.

Em uma análise mais específica, do total de recurso extraorçamentário, constatou-se que 59,19% deste recurso era proveniente do Ministério da Saúde, fato este que demonstrava a estreita relação com a ENSP/FIOCRUZ para a implementação de suas políticas públicas de saúde.

O estudo não se limitou a realizar apenas uma avaliação financeira sobre as ações de cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde,

sendo relevante compreender em que áreas estas ações foram desenvolvidas. Neste sentido, em uma análise baseada na distribuição dos projetos por atividades, evidenciou-se que 57,72% das ações foram direcionadas à área do ensino, reafirmando a grande capacidade e tradição da instituição de formar e qualificar quadro de trabalhadores para atuação no sistema de saúde no país.

Destaca-se que a área de ensino na instituição é bem diversificada, em função do nível de formação e modalidade de ensino. Assim, a pesquisa identificou também que do total de ações na área de ensino, 50,28% estavam direcionadas aos programas de Capacitação, na modalidade a distância.

No que se refere às modalidades de ensino, a ENSP/FIOCRUZ ampliou de forma expressiva a oferta de cursos a distância, sendo esta modalidade considerada uma das mais efetivas alternativas de qualificação profissional, tendo em vista a dimensão do território nacional e as limitações de acesso em diversas regiões do país.

Embora a área de ensino esteja mais destacada, a instituição desenvolve também pesquisas e ações de gestão de grande impacto e que contribuem para o aperfeiçoamento do SUS, tendo um significativo número de projetos e volume de recurso investido nestas áreas.

Por fim, considerando que as políticas públicas são definidas por meio da estrutura central do Ministério da Saúde, o estudo identificou também a distribuição destas ações por meio das Secretarias deste ministério. Assim, constatou-se que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde foram as que concentraram a maior parte das ações, 33,84% e 33,43%, respectivamente.

Passando para o segundo momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas com três coordenadores de projetos provenientes da cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde. A realização das entrevistas teve como objetivo compreender o processo de formação da aliança estratégica entre as instituições, analisando aspectos técnicos, políticos e relacionados ao processo de negociação e concepção dos projetos.

Os entrevistados apresentaram um amplo panorama sobre o processo de formação e de condução da aliança estratégica entre as instituições,

possibilitando o entendimento de aspectos, que não foram identificados apenas com a análise documental.

Os pesquisadores evidenciaram, também, o papel central da ENSP/FIOCRUZ na articulação das políticas públicas de saúde, enfatizando a força exercida pela instituição quando se trata de ações no campo do ensino. Sua trajetória histórica e o amplo investimento nesta área posicionaram a Escola como referência nacional na formação de quadros para o sistema de saúde.

Destaca-se ainda que a adoção de múltiplas fontes de evidências aumentou a confiabilidade dos resultados obtidos no estudo, uma vez que as informações obtidas por meio da pesquisa documental, das entrevistas, e da observação direta possibilitaram uma análise sob diversas perspectivas, convergindo sobre o objeto de estudo.

A pesquisa documental, as entrevistas e a observação direta evidenciaram que a ENSP/FIOCRUZ, por conta de sua capacidade de estabelecer e promover ações de cooperação, além de sua marcante atuação em comitês, conselhos, grupos de trabalho e câmaras técnicas se mantém como uma importante articuladora da implementação da política nacional de saúde proposta pelo Ministério da Saúde.

Também demonstram que a ENSP/FIOCRUZ ocupa uma posição estratégica, torna-se mais destacada principalmente no que se refere à formulação de políticas públicas de saúde para o ensino, formando e qualificando quadros de profissionais que vão atuar diretamente no sistema de saúde no país.

Registra-se, neste sentido, que a ENSP/FIOCRUZ tem como missão formar profissionais para atuação no serviço de saúde, sendo considerada pelo próprio Ministério da Saúde uma Escola/Centro de Formação para o Governo Federal. Assim, as evidências analisadas, comprovam sua forte atuação no campo do ensino, utilizando-se ainda de tecnologias de informação capazes de alcançar a efetividade de suas ações.

Destaca ainda que a Escola nunca atua de forma isolada, pois sua fortaleza reside, em grande parte, na capacidade de gerar alianças estratégicas e parcerias, trabalhar em redes e compartilhar responsabilidades.

A literatura pesquisada sobre alianças estratégicas possibilitou a compreensão sobre o processo de construção do relacionamento entre a



ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde para a implementação dos projetos, tendo em vista a relação de mútuo interesse das instituições e aos limites e possibilidades desta cooperação.

Assim, essa literatura serviu como norteadora para toda a pesquisa, sempre associando-a aos resultados obtidos na análise documental, na análise das entrevistas e na observação direta. Evidencia-se, então, que os resultados da pesquisa estão alinhados ao levantamento bibliográfico realizado para compor o referencial teórico, sendo compatíveis com os conceitos e pressupostos apresentados pelos pesquisadores referenciados.

De um modo geral, as organizações têm modificado suas estratégias, especialmente em relação a forma como atua em conjunto com as demais. Uma abordagem crescente para estudos organizacionais tem levado em consideração aspectos relacionados às conexões interorganizacionais, isto é para a formação de alianças estratégicas. Uma série de estudos sobre alianças estratégicas tem se desenvolvido nessa última década, mencionando, especialmente, os motivos, as consequências das relações construídas e o caráter subjacente e fundamental das ações sociais e econômicas organizadas.

Frente ao exposto, e conforme Barbosa (2010), o estudo evidenciou que a ENSP/FIOCRUZ atua sob a forma de aliança estratégica para implementar suas ações, tendo em vista duas principais características: o relacionamento e a alavancagem. Já para o Ministério da Saúde, constatou-se que a formação de aliança estratégica destaca-se fundamentalmente por duas características: aprendizado e racionalização.

No que se refere ao relacionamento, constatou-se que a faz parte da razão de ser da ENSP/FIOCRUZ a necessidade de atuar de forma relacional, constituindo parceria com instituições que podem contribuir para alcance de objetos comuns. É também por conta da alavancagem que a instituição desenvolve suas parcerias, tendo em vista que em função da própria conformação do SUS, é imperiosa a formação de redes de relacionamento para viabilizar ações de impactam no país inteiro, principalmente quanto se trata que formação e qualificação profissional.

Da mesma forma, para o Ministério da Saúde a conformação de uma aliança estratégica pode ser compreendida pela perspectiva do aprendizado, uma

vez que a ENSP/FIOCRUZ detêm o conhecimento, um corpo de especialistas qualificado e a experiência necessária para implementar as ações, que o Ministério não dispõe. Outro aspecto refere-se à racionalização, considerando a necessidade de otimizar os recursos, sejam eles físicos, financeiros, humanos. Caso o Ministério não adotasse tal estratégia, o próprio deveria prover internamente uma estrutura para viabilizar suas ações. Fato este que implicaria num aumento significativo dos recursos investidos nas ações e não necessariamente assegurando a efetividade das mesmas.

Evidencia-se que a formação de alianças estratégicas apresenta vantagens e contribuições para ambas as instituições, possibilitando a implementação de ações e conjunto e o alcance da efetividade das políticas públicas de saúde no país.

Assim, o protagonismo e capacidade de articulação do campo da saúde no país deve-se a tradição da instituição junto aos movimentos para conquistas de melhores condições de saúde para a população, da efetividade das ações desenvolvidas sob sua responsabilidade, além de sua ampla e forte participação nos principais comitês, conselhos, grupos de trabalho e câmaras técnicas do Ministério da Saúde e de demais instituições correlatas que constituem o campo da saúde pública no país.

Embora o estudo esteja direcionado para a análise sobre como as alianças estratégicas podem contribuir para o desempenho das instituições públicas na implementação das políticas públicas de saúde, a presente pesquisa pode contribuir para uma reflexão mais ampla, para além do campo da saúde pública.

O entendimento sobre as possibilidades, vantagens e limites da formação de alianças estratégicas na administração pública, não apenas no âmbito federal, mas também com instituições de outras esferas de governo podem contribuir para uma gestão mais eficiente dos recursos públicos, aumentando a capacidade de realização do governo, proporcionando maior efetividade das ações implementadas e contribuindo de forma efetiva para o desenvolvimento econômico e social do país.

## 6.2 RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Recomenda-se para estudos futuros uma análise sobre a efetividade das políticas implementadas pela ENSP/FIOCRUZ, fruto da cooperação com o Ministério da Saúde, de forma a identificar o impacto que estas ações exercerem no sistema de saúde no país.

Apresenta-se também como recomendação a realização de pesquisa para analisar a forma como a ENSP/FIOCRUZ se articula e estabelece alianças com as instituições governamentais em nível municipal, estadual e demais federais, considerando que suas demandas e necessidades são bem específicas, em função da inserção e atuação de cada um destes entes.

Cabe destacar que a ENSP/FIOCRUZ também vem ao longo destes últimos cinco anos ampliando e fortalecendo sua atuação no cenário internacional, por conta de suas ações com instituições de Estado estrangeiras e organismos internacionais, como ONU, UNESCO, OPAS, OMS, BID, BIRD. Assim, apresenta-se também como proposta para próximos estudos, uma análise para identificar o nível de inserção, articulação e capacidade de constituição de alianças estratégicas da instituição no âmbito internacional.

Para além do campo da saúde, recomenda-se como estudo futuro identificar de que forma a formação de alianças estratégicas pode contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento da administração pública em áreas como educação, economia, gestão e planejamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAKER, D. A. **Strategic market management**. New York: John Wiley & Sons, 1995.
- AGUIAR, A. B; MARTINS, G. A. A teria das estruturas de Mintzberg e a gestão estratégica de custos: um estudo das ONGs paulistas. **Revista de Contabilidade e Finanças da USP**, São Paulo, p. 51-64, set. 2006.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v.8, n.15, p.375-380, 2004.
- ARRETCHE, M. H. B. T. **Federalismo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. São Paulo: Fapesp, 2000.
- \_\_\_\_\_. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- BARBOSA, J. G. P. **Alianças estratégicas**. 2010. Apresentação de aula da disciplina de estratégias empresariais do Mestrado Profissional em Administração e Desenvolvimento Empresarial da Universidade Estácio de Sá.
- BARROS, M.E; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996.
- BATISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 20-60.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: UNB e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1998.
- BRASIL. Lei n. 2.312, de 3 de setembro de 1954. Dispõe sobre as normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 set. 1954.
- BRASIL. Decreto n. 43.926, de 26 de junho de 1958. Dispõe sobre a Escola Nacional de Saúde Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26jun. 1958.
- BRASIL. Lei n. 5.019, de 07 de junho de 1966. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 1966.
- BRASIL. Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 1967.

BRASIL. Lei n.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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei n.8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. **Normas de cooperação técnica e financeira de programas e projetos mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde no Brasil: trajetória histórica**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_ et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRITO, M. F. **A cantiga das parcerias público-privadas na gestão urbana local**. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/manuelita.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2012.

CAMARGOS, M. A.; DIAS, A. T. Estratégia, administração estratégica e estratégia corporativa: uma síntese teórica. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v. 10, n. 1, p. 27-39, 2003.

CARVALHO, G.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CERBO, A.; BERVIAN, P.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

COLLINS, J.; PORRAS, J. Building your company's vision. **Harvard Business Review**, v. 72, n. 5, p.65-78, 1996.

CRUBELLATE, J. M.; GRAVE, P. S.; MENDES, A. A. A questão institucional e suas implicações para o pensamento estratégico. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial, p.37-60, 2004.

CUNHA, C. L.; MELO, M. C. O. L. A confiança nas relações interorganizacionais. **Organizações e Sociedade**, v, 11, Edição Especial, p. 79-93, 2004.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DOMÍNGUEZ, A. G. D. Sociedade, estado e gestão no Brasil: implicações teóricas. **Revista de Estudos Políticos e Sociais**, v.1, n.1, p. 80-92, 2009.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **A nova era da administração**. Tradução de F. R. Nickelsen Pellegrini. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

\_\_\_\_\_. **Administração de organizações sem fins lucrativos**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

ELIAS, P. E.; DOURADO, D. A. Sistema de saúde e SUS: a saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 102-125.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Regimento interno**: 1990. Rio de Janeiro, 1990.

\_\_\_\_\_. **Plano quadrienal 2011-2015**: 2011. Rio de Janeiro, 2011.

ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FERNANDES, A. S. A. Políticas públicas: definição, evolução e o caso brasileiro na política social. In: DANTAS, H.; MARTINS JUNIOR, J. P. (Org.). **Introdução à política brasileira**. São Paulo: Paulus, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. Políticas de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANZESE, C. Administração pública em contexto de mudanças: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 19-53.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório de gestão**. Rio de Janeiro, RJ, 2010. 210p.

\_\_\_\_\_. **Organograma da Fundação Oswaldo Cruz**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

GARCIA, R. C. **Iniquidade social no Brasil**: uma aproximação e uma tentativa de dimensionamento. Brasília: IPEA, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, E. **A reforma do estado e a política de saúde**: repensando o Estado. Secretaria do Estado de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos)>. Acesso em: 10 out. 2011.

GOSHAL, S.; TANURE, B. **Estratégia e gestão empresarial**: construindo empresas brasileiras de sucesso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HAMEL, G. Strategy as revolution. **Harvard Business Review**, Harvard, p.62-82, jul./aug. 1996.

\_\_\_\_\_; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HARBISON, J.; PEKAR JÚNIOR, P. **Alianças estratégicas**: quando a parceria é a alma do negócio e o caminho para o sucesso. São Paulo; Futura, 1999.

HARDY, C.; LAWRENCE, T.; GRANT, D. Discourse and collaboration: the of conversation and collectivity identity. **Academy of Management Review**, v. 30, n. 1, p. 58-77, 2005.

HUNGER, J. D.; WHEELLEN, T. L. **Gestão estratégica**: princípios e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec e Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

LEVCOVITZ E.; LIMA L. D.; MACHADO C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEWIS, J. D. **Alianças estratégicas**: estruturando parcerias para o aumento da lucratividade. São Paulo: Pioneira, 1992.

LIMA, J. C. **História das lutas sociais por saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/tn04%20lima,%20j.c..pdf>>. Acesso em 22 out. 2011.

LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2004.

LOPES, F. D.; BALDI, M. Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 5, p. 1007-1035, 2009.

LORANGE, P.; ROOS, J. **Alianças estratégicas**: formação, implementação e evolução. São Paulo: Atlas, 1996.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em saúde**. Disponível em: <<http://www.idt.bus.br>>. Acesso em 10 out. 2011.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; VIZEU, F. Análise institucional de práticas formais de estratégia. **Revista de Administração de Empresas**, v. 47, n. 4, p.89-100, 2007.

\_\_\_\_\_; FONSECA, V. S.; FERNANDES, B. H. R. Mudança e estratégia nas organizações: perspectivas cognitiva e institucional. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. (Org.). **Administração contemporânea**: perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999. p. 102-118.

\_\_\_\_\_; FONSECA, V. Homogeneização e diversidade organizacional: uma visão integrativa. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 1993, Salvador. *Anais*. Salvador: ANPAD, 1993. 1 CDROM.

\_\_\_\_\_; GONÇALVES, S. A. Nota Técnica: A Teoria Institucional. In: MACHADO-SILVA, GONÇALVES, S. A. **Handbook de Estudos Organizacionais**: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999. p.220-226.

MARIOTTO, F. L. Mobilizando estratégias emergentes. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 2, p.78-93, 2003.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orçamento anual do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 ago.2012.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estrutura em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. **Power in and around organizations**. New York: Prentice Hall, 1983.

\_\_\_\_\_; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

\_\_\_\_\_; LAMPEL, J.; GHOSHAL, S.; QUINN, J. B. **O processo de formação da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. Tradução: Cecília Whitaker Bergamini, Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 2006.

NEGRI, B; VIANA, A. L. D. (Org.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2003.

NOLETO, M. J. **Parcerias e alianças estratégicas**: uma abordagem prática. São Paulo: Global, 2004.

OLIVEIRA, D.C. et. al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, C. S. A. **Agradecimento-curso**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por <[acompanhamento@ead.fiocruz.br](mailto:acompanhamento@ead.fiocruz.br)> em 27 set. 2011.

OSBORN, R.; HAGDOORN, J. Trends and patterns in strategic technology partnering since the early seventies. **Review of Industrial Organization**, v.11, p.601-616, 1996.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública da USP**, n. 40, p.73-78, 2006.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2009.

PEREIRA, L. C. B. **A reforma administrativa do sistema de saúde**. In: BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998.



PORTER, M. E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

\_\_\_\_\_. Como as forças competitivas moldam a estratégia. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 11-27.

\_\_\_\_\_. Strategy and the internet. **Harvard Business Review**, v. 79, n. 3, p. 63-78, 2001.

PRADO JÚNIOR, S. T. Estratégias emergentes: uma proposta de síntese conceitual. In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA, 1., 2003, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2003. 1 CD-ROM.

QUINTELLA R. H.; DIAS, C. C. Trends in international business thought and literature: business strategy in Brazil – how a definition may help. **The International Executive**, v. 39, n. 3, 1997.

REBELO, L. M. B.; ERDMANN, R. H. Formação de estratégias em universidades: processo formal, negociado ou construção permanente? **Revista Diálogo Educacional**, v. 4, n. 11, p. 117-133, 2004.

ROSSETTO, C. R.; ROSSETTO, A. M. Teoria institucional e dependência de recursos na adaptação organizacional: uma visão complementar. **Revista de Administração de Empresas**, v.4, n.1, 2005.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2000.

SANTOS, E. G. O. B.; SOUZA, K. R.; CARVALHO, M. A. P.; NUNES; T. C. M.; HORTALE, V. A., 2002. O Ensino na ENSP. In: MOSTRA DE ENSINO DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2002, Rio de Janeiro.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. O SUS e seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo.

TEIXEIRA, M. J. O. O programa saúde da família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I. B.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **A política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.2, p.325-330, 1997.

VASCONCELOS, C. M.; PACHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec e Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.531-562.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO; L.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.

(Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 65-105.

\_\_\_\_\_; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.58-68, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Health Promotion, Education and Communications. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## **ANEXO**

### **ANEXO I – Roteiro orientador para entrevista**

#### **Questões orientadoras para os entrevistados**

1. De que forma a ENSP/FIOCRUZ constitui sua parceria com o Ministério da Saúde?
2. Descreva como ocorre este processo.
3. Como ocorre a negociação para implementar um determinado projeto?
4. Qual o espaço ocupado hoje pela instituição no cenário nacional?
5. Qual o papel dos pesquisadores no processo de cooperação entre a ENSP/FIOCRUZ e o Ministério da Saúde?
6. Quais aspectos técnicos e políticos são levados em consideração para formalização da cooperação num determinado projeto?
7. Quais as contribuições desta aliança estratégica tanto para a ENSP/FIOCRUZ quanto para o Ministério da Saúde?