



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ECONOMIA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, ESTRATÉGIAS E  
DESENVOLVIMENTO  
TESE DE DOUTORADO

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

INOVAÇÃO E CAPACIDADES DINÂMICAS:  
ANÁLISE DE FATORES RESPONSÁVEIS PELO DESEMPENHO DA REDE  
BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO

RIO DE JANEIRO  
2019

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

INOVAÇÃO E CAPACIDADES DINÂMICAS:  
FATORES RESPONSÁVEIS PELO DESEMPENHO DA REDE BRASILEIRA  
DE BANCOS DE LEITE HUMANO

Área de concentração:

Inovação, Propriedade Intelectual e Desenvolvimento (IPID)

Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Orientador: Prof Dr Carlos Medicis Morel

Rio de Janeiro

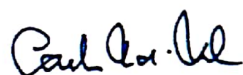
2019

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

INOVAÇÃO E CAPACIDADES DINÂMICAS: FATORES RESPONSÁVEIS PELO DESEMPENHO DA REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO

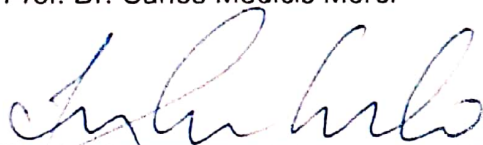
Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Aprovada em: 28/08/2019



---

Prof. Dr. Carlos Medicis Morel



---

Prof. Dr. Luiz Martins de Melo



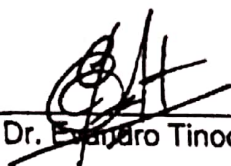
---

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior



---

Prof. Dr. Leonardo Justin Caráp



---

Prof. Dr. Evandro Tinoco Mesquita

# ATA DA DEFESA



## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Instituto de Economia

Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

### Ata da 138ª defesa de Doutorado

Às 14:00 hs do dia 28/08/2019 na sala 133 do Instituto de Economia da UFRJ, o(a) aluno(a) **THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO**, tendo como orientador(a) **CARLOS MEDICIS MOREL**, se submeteu à banca examinadora composta pelos professores:

**CARLOS MEDICIS MOREL** (orientador), **LUIZ MARTINS DE MELO**, **CLAUDIA INÊS CHAMAS**, **ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR** E **LEONARDO JUSTIN CARÁP**.

Defendeu por cerca de 50 minutos, o trabalho intitulado "INOVAÇÃO E CAPACIDADES DINÂMICAS: ANÁLISE DE FATORES RESPONSÁVEIS PELO DESEMPENHO DA REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO"

Foi aprovado(a)\* (devendo ainda entregar a versão final encadernada no prazo de 15 dias);


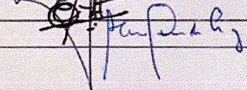
Foi aprovado(a)\* mas deverá cumprir exigências:  de forma no prazo máximo de 15 dias;

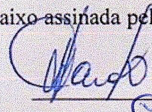
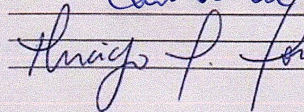
de conteúdo no prazo máximo de 60 dias;

Foi reprovado (a)

O (A) aluno (a) faz jus ao título de *Doutor em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento*.

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca e pelo (a) aluno (a).

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Atestado de cumprimento das exigências

O(A) aluno (a) cumpriu as exigências e a partir desta data tem 15 dias para entregar a versão final encadernada.

  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador

Data: 28 / 8 / 2019

\* O programa não atribui conceito

## FICHA CATALOGRÁFICA

C757    Constancio, Thiago Inocência  
          Inovação e capacidades dinâmicas: análise de fatores responsáveis pelo  
          desempenho da rede brasileira de bancos de leite humano / Thiago Inocência  
          Constancio. – 2019.  
          185 p.; 31 cm.

          Orientador: Carlos Medicis Morel  
          Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de  
          Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e  
          Desenvolvimento, 2019.  
          Bibliografia: f. 169 – 182.

          1. Políticas de saúde - Inovação. 2. Políticas públicas. 3. Capacidades dinâmicas.  
          I. Morel, Carlos Medicis, orient. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto  
          de Economia. III. Título.

CDD 338.92

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário: Lucas Augusto Alves  
Figueiredo CRB 7 – 6851 Biblioteca Eugênio Gudin/CCJE/UFRJ

## DEDICATÓRIA

**A Deus, minha rocha, em quem posso confiar!**

À minha eterna companheira **Márcia**: esposa presente, sábia, amorosa, apoiadora e cuidadosa, com quem sempre me alegro e posso contar.

Aos meus filhos **Luísa e Eduardo**, pela compreensão da ausência temporária.

Aos meus **pais, sogros e familiares**: amorosos, empenhados e carinhosos, com quem sempre tive apoio nesta trajetória.

Aos **entrevistados e especialistas da RBLH**, que mesmo em meio à rotina corrida da vida, contribuíram para a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Ao mestre e orientador **Prof Carlos Morel**, pela assertividade, confiança e tranquilidade com que me direcionou no desenvolvimento da tese.

Ao mestre e amigo **Dr. João Aprício**, pela generosidade em abrir portas para a efetiva realização deste trabalho.

Aos Diretores e colegas do **IFF/Fiocruz**, **Dr Carlos Maciel**, **Dr Hamilton Ávila**, **Dr Fábio Russomano**, **Angela Melin**, **Luciane Binsfeld**, **Rosana Gomes**, **Vanice Silva e Márcia Pinto** (*in memorian*) pelo apoio e incentivo.

Aos amigos e colegas do **Medportal**, que em meio a tantos desafios sempre acreditaram e me apoiaram nesta iniciativa!

Aos professores que compuseram a Banca Examinadora, **Prof. Aluisio Gomes da Silva Junior**, **Profa Claudia Chamas**, **Prof Evandro Tinoco**, **Profa Julia Paranhos**, **Prof Leonardo Carâp**, **Prof Luiz Martins de Melo**, que com suas contribuições me ajudaram a ampliar os horizontes intelectuais, profissionais e pessoais.

À **Rachel Macedo**, pelo apoio acadêmico e de pesquisa, fundamentais para a execução deste projeto.

Aos meus colegas de **turma do doutorado PPED/2015** que formaram um grupo simpático, multicultural e inteligente na UFRJ.

Aos **técnicos administrativos, secretárias e assistentes** que me ajudaram a cumprir as rotinas desta emblemática universidade.

## RESUMO

**CONSTANCIO, T.I.** Inovação e capacidades dinâmicas: fatores responsáveis pelo desempenho da rede brasileira de bancos de leite humano. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

**OBJETIVO** - O objetivo deste estudo de caso é explorar, conhecer e analisar os fatores que levaram a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano a se consolidar em território nacional e internacional, na perspectiva de política pública de saúde.

**METODOLOGIA** – Trata-se de estudo de caso de caráter exploratório, a partir de elementos qualitativos e quantitativos oriundos de 19 entrevistas realizadas com gestores e fundadores da RBLH-BR, utilizando-se dos referenciais ligados à abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD) e avaliação de políticas públicas.

**RESULTADOS** – Os achados deste estudo sugerem o desenvolvimento contínuo e progressivo das capacidades dinâmicas como principal fator relacionado ao bom desempenho das políticas públicas ligadas ao campo do aleitamento materno e doação de leite humano, no contexto do Modelo Brasileiro de Bancos de Leite Humano. Destacamos a maior presença da Capacidade Mobilizadora (100%) e Capacidade Adaptativa (94,74%). Por outro lado, as categorias com menor presença nas falas dos entrevistados foram Capacidade Digital (68,42%) e Capacidade de Replicação (78,95%). Em faixa intermediária, encontramos as categorias: Capacidade Absortiva (89,47%), Capacidade Inovadora (89,47%), Capacidade Política (89,47%) e Capacidade Programática (84,21%).

**LIMITAÇÕES / IMPLICAÇÕES DA PESQUISA** – A proposta do estudo de caso pode ficar limitada ao estudo de experiências locais e específicas, que em pequena escala não necessariamente terão resultados aplicáveis aos macro-ambientes.

**ORIGINALIDADE / VALOR** - Este estudo contribui como base teórica para o entendimento dos impactos da inovação e do desenvolvimento de capacidades dinâmicas nas organizações responsáveis por conceber e implementar políticas públicas de saúde. O arcabouço teórico e framework de categorias de análise são abrangentes, multidisciplinares, permitindo uma melhor compreensão dos fenômenos descritos.

**PALAVRAS-CHAVE** - Inovação em Serviços de Saúde; Capacidades Dinâmicas; Políticas de Saúde; Bancos de Leite Humano; Políticas Públicas



## ABSTRACT

**CONSTANCIO, T.I.** Innovation and dynamic capabilities: factors responsible for the performance of the Brazilian human milk bank network. Thesis (Doctorate in Public Policy, Strategies and Development) - Institute of Economics, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

**PURPOSE** - The objective of this case study is to explore, know and analyze the factors that led the Brazilian Network of Human Milk Banks to consolidate in national and international territory, from the perspective of public health policy.

**METHODOLOGY** - this is an exploratory case study based on qualitative and quantitative elements from 19 interviews with managers and founders of the RBLH-BR, using the references linked to the Dynamic Capabilities approach (CD) and public policy evaluation.

**RESULTS** - The findings of this study suggest the continuous and progressive development of dynamic capacities as the main factor related to the good performance of public policies in the field of breastfeeding and human milk donation, in the context of the Brazilian Model of Human Milk Banks. We highlight the greater presence of Mobilizing Capacity (100%) and Adaptive Capacity (94.74%). On the other hand, the categories with lower presence in the interviewees' speeches were Digital Capacity (68.42%) and Replication Capacity (78.95%). In the middle range, we found the categories: Absorbing Capacity (89.47%), Innovative Capacity (89.47%), Political Capacity (89.47%) and Programmatic Capacity (84.21%).

**LIMITATIONS / IMPLICATIONS OF RESEARCH** - The case study proposal may be limited to the study of local and specific experiences, which on a small scale will not necessarily have results applicable to macro environments.

**ORIGINALITY / VALUE** - This study contributes as a theoretical basis for understanding the impacts of innovation and the development of dynamic capabilities in organizations responsible for designing and implementing public health policies. The theoretical framework and table of analyses' categories are comprehensive, multidisciplinary, allowing a better understanding of the phenomena described.

**KEYWORDS** - Health Services Innovation; Dynamic Capabilities; Health policies; Human milk banks; Public policy

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> - Taxa de Mortalidade Infantil - Brasil e Regiões, 1996-2017.....	46
<b>GRÁFICO 2</b> - Duração Média do Período de Aleitamento Materno no Brasil...	48
<b>GRÁFICO 3</b> - Aceite do TCLE.....	130
<b>GRÁFICO 4</b> - Perfil dos entrevistados por Sexo.....	130
<b>GRÁFICO 5</b> - Perfil dos entrevistados por idade.....	131
<b>GRÁFICO 6</b> - Perfil dos entrevistados por atuação.....	131
<b>GRÁFICO 7</b> - Perfil dos entrevistados experiência em BLH.....	132
<b>GRÁFICO 8</b> - Perfil dos entrevistados por experiência como gestor.....	132
<b>GRÁFICO 9</b> - Perfil dos entrevistados por região de atuação.....	133
<b>GRÁFICO 10</b> - Perfil dos entrevistados por formação.....	133
<b>GRÁFICO 11</b> - O modelo brasileiro de BLH encoraja as pessoas (funcionários e ou colaboradores) a aprimorarem a sua prática.....	134
<b>GRÁFICO 12</b> - O modelo brasileiro de BLH é flexível o suficiente para responder à realidade e necessidades locais.....	134
<b>GRÁFICO 13</b> - O modelo brasileiro de BLH adapta continuamente produtos e serviços às necessidades da clientela.....	135
<b>GRÁFICO 14</b> - No modelo brasileiro de BLH as melhorias e ajustes no modelo são de responsabilidade do centro de referência nacional.....	135
<b>GRÁFICO 15</b> - No modelo brasileiro de BLH a experiência das unidades é levada em conta para respostas e ajustes progressivos.....	136
<b>GRÁFICO 16</b> - O modelo brasileiro de BLH preza por resolver questões práticas em favor da qualidade e da clínica do bebê.....	136
<b>GRÁFICO 17</b> - O modelo brasileiro de BLH preza por transformar o conhecimento para o uso e aplicação prática nas unidades.....	137
<b>GRÁFICO 18</b> - O modelo brasileiro de BLH tem a sociedade como um de seus principais clientes, foco de comunicação e relacionamento constantes.....	137
<b>GRÁFICO 19</b> - O modelo brasileiro de BLH é capaz de mobilizar pessoas, instituições e recursos porque entrega resultados concretos.....	138
<b>GRÁFICO 20</b> - O modelo brasileiro de BLH é operacional e administrativamente factível e viável.....	138

<b>GRÁFICO 21</b> - O modelo brasileiro de BLH recebe apoio e suporte praticamente universais.....	139
<b>GRÁFICO 22</b> - As críticas e a resistência ao modelo de BLH são quase inexistentes.....	139
<b>GRÁFICO 23</b> - O modelo brasileiro de BLH tem a capacidade de gerar benefícios para grupos alvo ou atores políticos.....	140
<b>GRÁFICO 24</b> - Em nosso BLH investimos na capacidade de pessoas de se apropriarem e colocarem em prática as inovações geradas.....	140
<b>GRÁFICO 25</b> - O meu BLH é um multiplicador das ideias e práticas permeadas pela RBLH-BR ao longo dos anos.....	141
<b>GRÁFICO 26</b> - Em nosso BLH compartilhamos informação, bens, dicas, experiências e conhecimento com outras organizações e parceiros.....	141
<b>GRÁFICO 27</b> - Em nosso BLH buscamos continuamente trabalhar com parceiros que possam contribuir para novas possibilidades de atuação.....	142
<b>GRÁFICO 28</b> - Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para renovar e transformar o modelo de atuação.....	142
<b>GRÁFICO 29</b> - Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para aprimorar o relacionamento com nossos clientes.....	143
<b>GRÁFICO 30</b> - Em nosso BLH os gestores se engajam nos processos de avaliação.....	143
<b>GRÁFICO 31</b> - Em nosso BLH os gestores têm percepção dos recursos físicos. Financeiros e humanos disponíveis para a ação.....	144
<b>GRÁFICO 32</b> - Em nosso BLH as decisões são tomadas coletivamente.....	144
<b>GRÁFICO 33</b> - Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é público.....	145
<b>GRÁFICO 34</b> - Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é privado.....	145
<b>GRÁFICO 35</b> - Em nosso BLH há interferência política externa na tomada das decisões e condução das atividades.....	146
<b>GRÁFICO 36</b> - Na RBLH-BR o uso, a adaptação e desenvolvimento de novas tecnologias teve papel central na consolidação do modelo brasileiro.....	146
<b>GRÁFICO 37</b> - Na RBLH-BR favorece a divulgação de experiências internas exitosas para o compartilhamento do conhecimento.....	147

<b>GRÁFICO 38</b> - A busca dos profissionais em transformar a sua prática é fator central para o crescimento da RBLH-BR.....	147
<b>GRÁFICO 39</b> - A RBLH-BR adota estratégias de comunicação em larga escala para contornar barreiras impostas e beneficiar sua clientela.....	148
<b>GRÁFICO 40</b> - As ações de capacitação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da RBLH-BR são capazes de impactar as unidades.....	148
<b>GRÁFICO 41</b> - O comportamento criativo e inovador das pessoas na RBLH-BR teve papel central na consolidação do modelo brasileiro.....	149
<b>GRÁFICO 42</b> - A capacidade de atrair e manter financiamentos extra orçamentários teve papel central na construção da RBLH-BR.....	149
<b>GRÁFICO 43</b> - A RBLH-BR tem a capacidade de estabelecer relações entre pessoas e instituições com base na confiança e reciprocidade de interesses..	150
<b>GRÁFICO 44</b> - Na minha opinião, a construção da RBLH-BR não seguiu um planejamento pré-definido.....	150
<b>GRÁFICO 45</b> - Na minha opinião, a RBLH-BR envolve todos os atores necessários na elaboração de seus objetivos e na avaliação de resultados.....	151
<b>GRÁFICO 46</b> - Na minha opinião, é possível replicar o modelo de sucesso da RBLH-BR em diferentes políticas públicas de saúde.....	151

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Comparação dos aspectos da pesq. qualitativa e quantitativa.....	99
<b>QUADRO 2</b> - Comparação entre método quantitativo e método qualitativo.....	100
<b>QUADRO 3</b> - Gerações da Avaliação.....	103
<b>QUADRO 4</b> - Categorias de análise Cap. Dinâmicas.....	105

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Contrasting conceptions of dynamic capabilities.....	62
<b>TABELA 2</b> – Paradigms of strategy: Salient characteristics.....	64
<b>TABELA 3</b> – Some differences between ordinary and dynamic capabilities.....	67
<b>TABELA 4</b> – Roteiro semiestruturado de questões.....	113
<b>TABELA 5</b> – Correlação entre Categorias de Análise e Questões objetivas....	114
<b>TABELA 6</b> – Correlação entre Aspectos Compl. e Questões objetivas.....	115
<b>TABELA 7</b> – Síntese do resultado da análise das entrevistas.....	128

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - Linha do tempo. Ações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno relevantes no âmbito nacional.....	25
<b>FIGURA 2</b> - Dynamic capabilities in public organizations .....	80
<b>FIGURA 3</b> - Vetores de Capacidades dinâmicas, organizações públicas e políticas públicas .....	88
<b>FIGURA 4</b> – Escala de Likert .....	119

## LISTA DE SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
APS	Atenção Primária em Saúde
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vacina contra a tuberculose)
BLH	Banco de Leite Humano
CD	Capacidades Dinâmicas
CDTS	Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IE	Instituto de Economia
IFF	Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IP	<i>Internet Protocol</i>
IoT	<i>Internet of Things</i>
IPID	Inovação, Propriedade Intelectual e Desenvolvimento
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
NCI	Núcleo de Cooperação Internacional
NGI	Núcleo de Gestão de informações



ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSP	Organizações do Setor Público
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPED	Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-Nascido
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	United Nations Children's Fund
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBR	Visão Baseada em Recursos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1. OBJETO .....	31
1.2. OBJETIVOS.....	31
1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
1.4. QUESTÕES DA PESQUISA .....	32
1.5. HIPÓTESE DA PESQUISA .....	33
1.6. JUSTIFICATIVA.....	33
1.7. FINANCIAMENTO .....	36
1.8. INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA .....	37
1.9. ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>2. PANORAMA ESTRATÉGICO-ASSISTENCIAL DO IFF / Fiocruz .....</b>	<b>39</b>
2.1. A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ .....	39
2.2. O IFF .....	41
<b>3. A REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO .....</b>	<b>44</b>
3.1. A MORBIMORTALIDADE INFANTIL .....	44
3.2. A TRAJETÓRIA DA RBLH-BR.....	49
3.2.1. ASPECTOS DE INOVAÇÃO NA RBLH-BR.....	53
<b>4. ARCABOUÇO E REFERENCIAIS TEÓRICOS.....</b>	<b>60</b>
4.1. A ABORDAGEM DAS CAPACIDADES DINÂMICAS .....	60
4.2. CONCEITUANDO CAPACIDADES DINÂMICAS.....	66
4.3. CAP. DINÂMICAS EM ORGANIZAÇÕES DO SETOR PÚBLICO .....	74
4.4. ELEMENTOS ADICIONAIS EM CAPACIDADES DINÂMICAS .....	82

4.5.	ÊXITO E FRACASSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	87
<b>5.</b>	<b>ASPECTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>94</b>
5.1.	CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA .....	94
5.2.	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	101
5.3.	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	104
5.4.	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	112
5.5.	VALIDAÇÃO E TESTES .....	116
5.6.	DEFINIÇÃO DO GRUPO ALVO E APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	118
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>122</b>
<b>7.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>154</b>
7.1.	PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	154
7.2.	CAPACIDADES DINÂMICAS.....	155
7.3.	ASPECTOS COMPLEMENTARES.....	162
<b>8.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>164</b>
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>169</b>
	ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	183
	ANEXO 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	185

## 1. INTRODUÇÃO

Diante de um contexto de necessidades crescentes de saúde, recursos finitos para debelar os desafios postos, adiciona-se no Brasil o cenário de instabilidade político-financeira, em que políticas e programas públicos de saúde são reiteradamente questionados e associados a ineficiência, incapacidade gerencial e técnica, além de resultados considerados pelo senso comum como aquém do esperado (CONSTANCIO, 2012; MOREL, 2004; 2014), como é possível construir, desenvolver e replicar políticas de saúde que, indubitavelmente, preencham as lacunas históricas e alavanquem transformações positivas para a sociedade?

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR) foi estabelecida em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, com a missão de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil.

Nesse sentido, o modelo brasileiro é reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento tecnológico inédito que alia baixo custo à alta qualidade, além de distribuir o leite humano conforme as necessidades específicas de cada bebê, aumentando a eficácia da iniciativa para a redução da mortalidade neonatal (RBLH-BR, 2019).

Em 2019 completou-se no Brasil 34 anos de políticas públicas voltadas para o aleitamento materno e doação de leite humano, iniciadas com o lançamento da Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), em 1985. Nota-se, a partir de então, importante contribuição desta frente, juntando-se a outras ações e políticas públicas na área da saúde da criança e do recém-nascido, para que o Brasil pudesse alcançar, com antecedência, os objetivos do desenvolvimento do milênio referentes à redução da mortalidade infantil. Houve, portanto, redução de 77% neste indicador desde o ano de 1992 (ICICT/Fiocruz, 2015).

Ao observar o conjunto de políticas públicas relacionadas ao tema do Aleitamento Materno e Doação de Leite Humano no Brasil, percebeu-se nos últimos 30 anos a necessidade de desenvolver-se um modelo que desse conta de solucionar a questão do acesso ao leite humano, principalmente em situações emergenciais como a dos recém-nascidos (RN) internados em Centros de Terapia Intensiva (CTI). Acredita-se que o modelo desenvolvido pelo Brasil preencheu substancialmente esta lacuna, considerando-se tanto a estruturação e consolidação de uma rede nacional com centenas de Bancos de Leite Humano (BLH), como a posterior adesão internacional de dezenas de países a este formato brasileiro, principalmente quando se trata de governos de países em desenvolvimento, instituições de pesquisa e organismos internacionais (ALMEIDA, 2014, 2017; PITTAS e DRI, 2017; ABDENUR, 2015).

Por esta lógica, parece-nos importante analisar o conjunto dos fatores que levaram o modelo da RBLH-BR a desempenhar tal papel nos cenários nacional e internacional com vistas ao aperfeiçoamento e replicação de escopo exitoso de política pública de saúde. Nesse sentido, a abordagem das capacidades dinâmicas, com seus referenciais teóricos, além de outros aspectos do campo da avaliação de políticas públicas, nos fornecem elementos relevantes para tal observação e análise, com especial atenção ao que concerne à otimização dos resultados e transformações positivas advindas das políticas públicas para a sociedade.

No Brasil, se por um lado podemos afirmar que o aleitamento materno é uma prática universal, alcançando a grande maioria das crianças, por outro lado, entretanto, esta prática ainda é abandonada precocemente, estando o Brasil ainda distante de cumprir a recomendação da Organização Mundial da Saúde que é amamentação exclusiva até os 6 meses de idade. Em um contexto geral, mesmo com pontos de melhoria, são evidentes os avanços gradativos dos indicadores de aleitamento materno no Brasil desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1985, como já mencionado.

É um consenso que o aleitamento materno gera inúmeros benefícios para o Recém-Nascido ao longo de sua infância e idade adulta. O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó), contendo proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água, itens imprescindíveis para que o bebê torne-se

saudável. Além disso, o leite humano contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos, o que protege a criança de doenças e infecções.

Para fazer frente a este desafio histórico, com o objetivo de elevar as taxas de aleitamento materno, o Brasil implantou em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Desde então, a iniciativa tem sido a principal responsável por melhorar os indicadores relativos à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, sobretudo os que estão em UTI neonatal.

Nos últimos 35 anos, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implementadas, muitas delas normatizadas e implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. Podemos dizer que a Política Nacional de Aleitamento Materno atual está organizada em seis braços estratégicos estando no centro desta estratégia, a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que tem como vertentes:

A. O Incentivo ao Aleitamento Materno (AM) na Atenção Básica via Rede Amamenta Brasil;

B. O incentivo ao AM na Atenção Hospitalar com duas iniciativas principais para aumentar os índices de aleitamento materno: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru;

C. Ampliação e fortalecimento da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), a maior e mais complexa do mundo, com quase 300 unidades;

D. Com relação à Proteção Legal ao Aleitamento Materno, o Brasil adota o Código Internacional de Substitutos do leite materno;

E. Entre as Ações de Mobilização Social realizadas, destaca-se a Semana Mundial de Amamentação, comemorada desde 1992 com ampla participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade;

F. O Monitoramento tanto das ações como das práticas de amamentação no país.

Esta linha de cuidado - Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno - está sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Essa Área Técnica elabora as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da

criança de zero a 9 anos e apóia a sua implementação nos estados e municípios. Ela conta com coordenadores no nível estadual, para implementação das ações nos estados, e coordenadores no nível municipal, responsáveis pela implementação local das estratégias propostas.

Apesar dos esforços, muitos desafios ainda estão postos para que o Brasil eleve seus indicadores. Em 2008, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno mostrou que apenas 67,7% das crianças iniciam a amamentação na primeira hora de vida e que o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses é de apenas 51,2%.

Outros desafios em paralelo são apontados: dimensões continentais do País, com importantes diferenças regionais; dificuldade de sensibilização dos profissionais de saúde; escassez de recursos humanos qualificados; rápido abandono do aleitamento materno após, ou mesmo antes, a licença maternidade;

Em termos gerais, o principal marco regulatório das políticas de saúde no Brasil é a Constituição Federal Brasileira que define a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Desta maneira, é criado em 1988 o Sistema Único de Saúde – SUS, um importante marco no desenvolvimento da política de saúde do Brasil.

No entanto, desde o início da década de 1980, mesmo antes da criação do SUS, o Brasil tem incluído na sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Em 1981 foi lançado o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, o qual recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais.

Ao longo dos anos, dezenas de outras iniciativas complementares e sinérgicas têm sido propostas e aprovadas, ampliando o arcabouço jurídico-legal da Política Nacional em questão. Podemos citar três ações complementares, as mais recentes.

A primeira é a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta

e Alimenta Brasil", lançada em 2012, que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

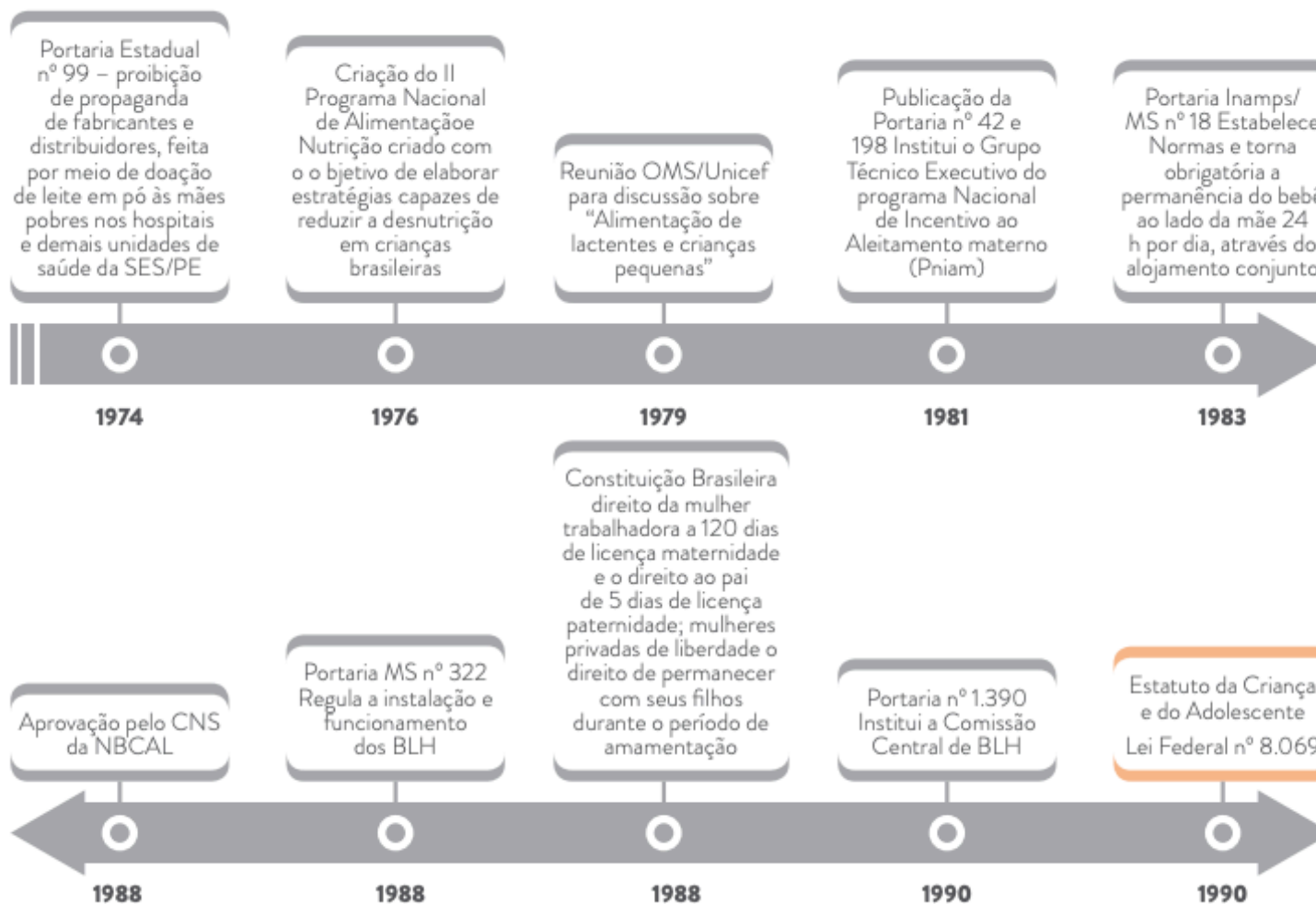
Outra medida é o decreto 8.552 da presidência da República de novembro de 2015 que regulamenta a Lei 11.265, de 2006, sobre comercialização de alimentos para crianças durante o período da amamentação e proíbe, entre outros pontos, que produtos que possam interferir na amamentação tenham propagandas veiculadas nos meios de comunicação, como no caso de leites artificiais, mamadeiras e chupetas.

Por fim, podemos também citar a Lei Nº 13.227, de 28 de dezembro de 2015, que instituiu o Dia Nacional de Doação de Leite Humano a ser comemorado, anualmente, no dia 19 de maio, e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a ser comemorada, anualmente, na semana que incluir o dia 19 de maio. Além do que já foi citado, foram publicados decretos, portarias, leis, realizados seminários nacionais e outros marcos.

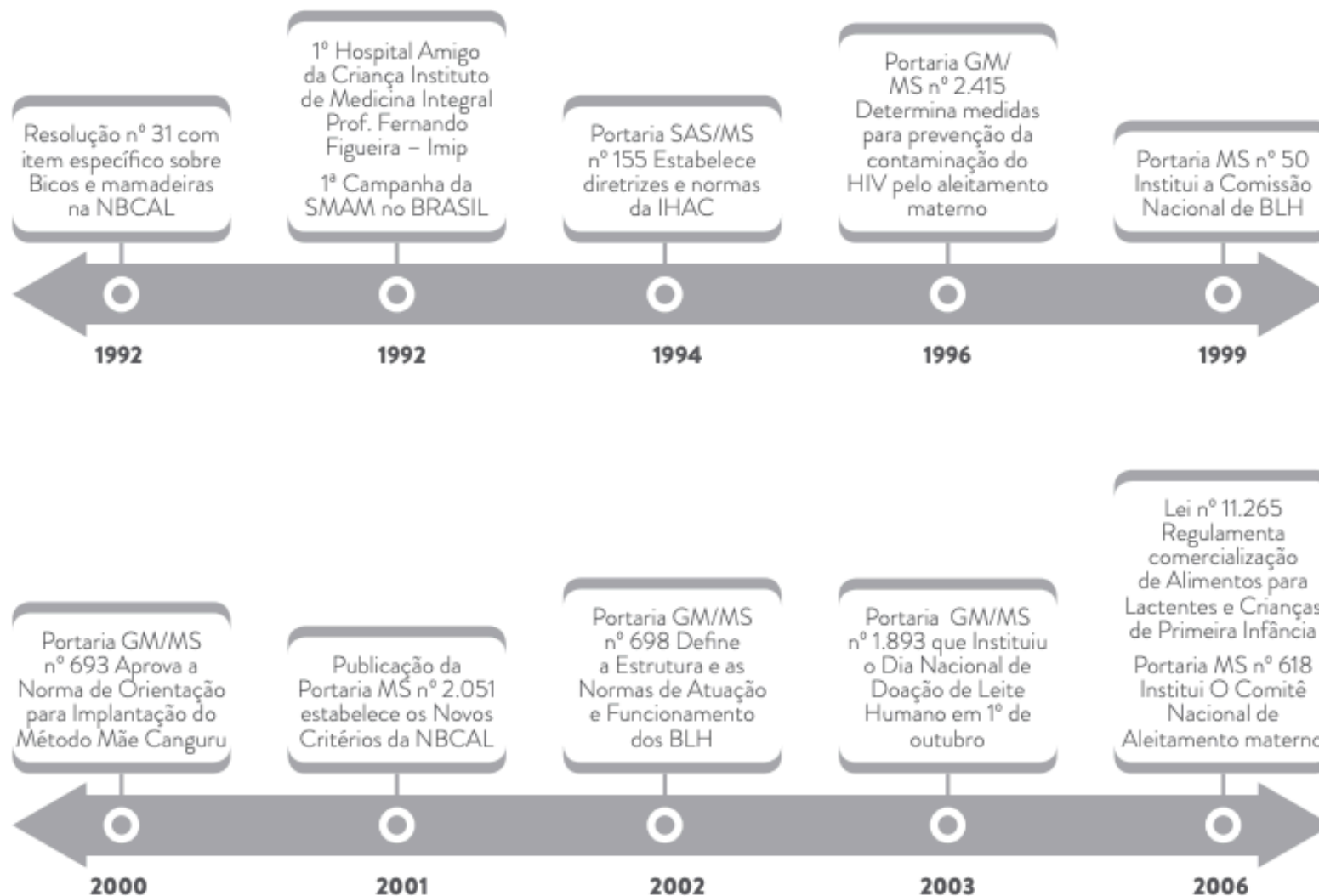
Linha do tempo atualizada e pormenorizada quanto aos avanços das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno relevantes no âmbito nacional foi produzida pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Ministério da Saúde (2017) e está representada na Figura 1 reproduzida nas próximas páginas.

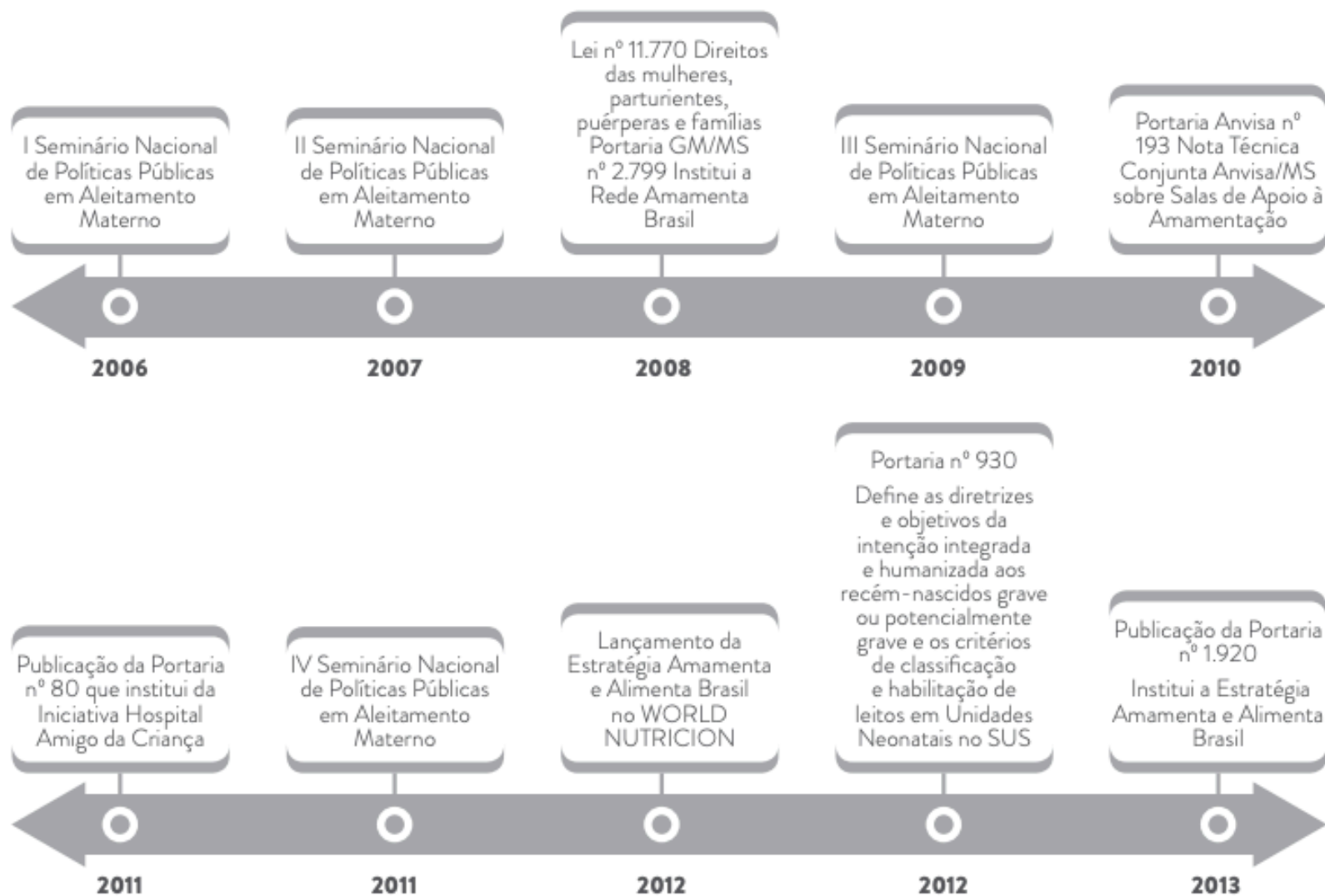


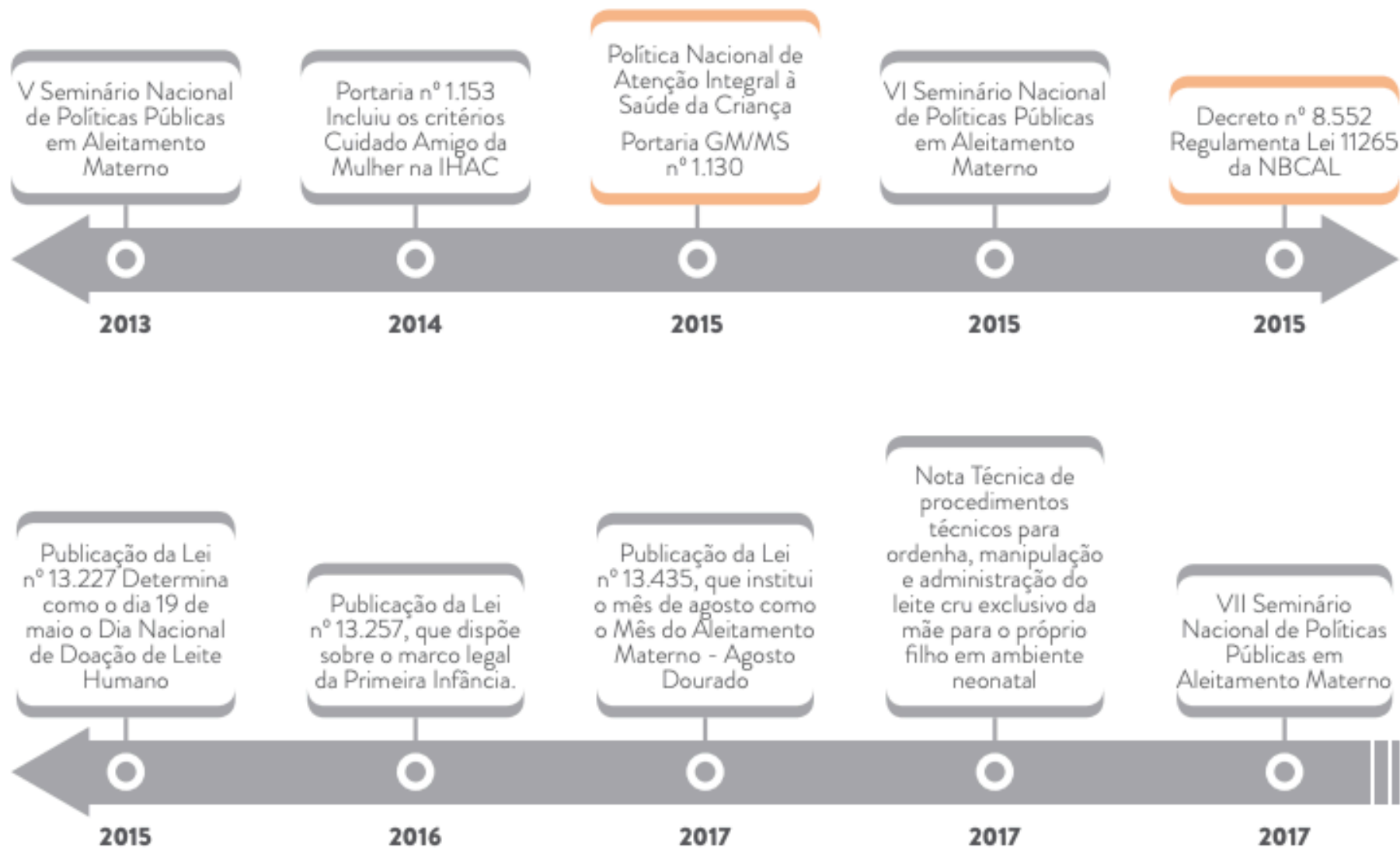
**FIGURA 1<sup>1</sup>** - Linha do tempo. Ações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno - âmbito nacional. (páginas 22 a 25)



<sup>1</sup> Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).







Nesse contexto, há uma clara percepção diante das publicações e documentos visitados, que a RBLH-BR estabelece em suas atividades uma estratégia inovativa benéfica ao longo do tempo, desde a fundação de seu modelo, estabelecendo-se como a maior rede de Bancos de Leite Humano do Mundo. Esta estratégia parece gerar e permitir a fixação de benefícios ao longo do tempo para a própria rede e para a sociedade.

Teece (1986), no artigo *Profiting from technological innovation: Implications for integration, collaboration, licensing and public policy*, artigo considerado um clássico no campo da inovação, tenta explicar por que organizações inovadoras muitas vezes falham em obter retornos econômicos significativos de uma inovação, enquanto clientes, imitadores e outros participantes da indústria conseguem se beneficiar.

Desta forma, o principal objetivo do artigo é explicar por que players posteriores ao inovador são capazes de superá-lo em termos dos lucros e benefícios de uma inovação. A mensagem é particularmente pertinente para as organizações impulsionadas por ciência e tecnologia que abrigam a ilusão errônea de que o desenvolvimento de novos produtos por si só, mesmo os que satisfaçam as necessidades do cliente, irá garantir por si só o sucesso da atividade. Novamente, a estratégia da organização é apresentada como fator importante para a lucratividade ou bom desempenho da inovação, particularmente no que se refere à decisão da organização de integrar e colaborar.

Nessa lógica, interessante é perceber a forma diferenciada da RBLH-BR de inovar, organizar e influenciar os serviços de saúde para além das práticas de mercado (interdependência das atividades sociais e serviços assistenciais favorecendo a cooperação e reduzindo conflitos), direcionando mudanças para o desempenho desejado.

A partir da triangulação entre os conceitos da busca pela retenção da lucratividade advinda das inovações (segredo industrial, propriedade intelectual) e o recrudescimento da ideia de que inovações em serviços são o principal alvo dos investimentos das organizações contemporâneas (TEECE, 1986), é possível inferir que a trajetória de êxito da RBLH-BR passa pelo caminho da integração e colaboração para a inovação não apenas em produtos, mas também de

expertise em construção de serviços intimamente relacionados aos valores de um modelo construído horizontalmente entre os interessados, modelo que não impõe métodos ou processos, mas pelo contrário, compartilha valores entre instituições e países. Tal experiência de inovação em serviços de saúde tem trazido benefícios relevantes em termos de autonomia e protagonismo à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (e ao Brasil), a partir da reflexão estratégica de sua inserção e papel no contexto internacional e da potencialização de resultados concretos (transformações) que pode gerar para a sociedade.

O modelo brasileiro, portanto, parece-nos ser caso que merece estudo, pois basea-se em estratégia ímpar de como o “serviço” BLH é prestado e compartilhado e no desenvolvimento de capacidades dinâmicas, indo além apenas da criação e disseminação de produtos ou tecnologias de processamento do Leite Humano.

Esta discussão nos remete ao arcabouço teórico deste trabalho, que se assenta sobre a abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD), abordagem esta que se propõe a analisar e explicar como o desenvolvimento contínuo dos recursos<sup>2</sup> e das capacidades organizacionais<sup>3</sup> pode ter relação com o desempenho organizacional (TEECE, D. J.; PISANO, G., 1994; TONDOLO et al, 2018);

Nessa direção de desempenho exitoso, o evidente sucesso desse conjunto de iniciativas e políticas despertou o interesse da comunidade internacional sobre o modelo brasileiro. A partir daí, o modelo brasileiro de BLH passou a ser compartilhado com outros países, dando origem a Rede Global de Bancos de Leite Humano.

Por fim, consideramos relevante que tal iniciativa no campo do aleitamento materno e doação de leite humano seja escrutinada a partir de abordagem oriunda do campo da economia e do estudo das organizações (capacidades dinâmicas), além de aspectos do campo da avaliação de políticas

---

<sup>2</sup> Os recursos de uma firma podem ser classificados em: Capital físico, Capital humano ou Capital organizacional. A utilização destes recursos de forma diferenciada por uma determinada empresa pode fazer com que ela obtenha vantagem competitiva em relação a seus concorrentes (BARNEY, 1991).

<sup>3</sup> A capacidade organizacional é essencialmente constituída pelas práticas organizacionais de alto nível usadas para coordenar as atividades produtivas da empresa (WINTER, 2003).

públicas, a fim de observarmos os elementos de diferem organizações e políticas públicas consideradas exitosas, das que não obtêm sucesso nos seus resultados. Para isso, explicitamos abaixo os elementos estruturantes da pesquisa.

### 1.1. OBJETO

O objeto deste estudo é a visão dos gestores da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano a respeito dos fatores responsáveis pelo sucesso da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, na perspectiva de uma política pública de saúde.

### 1.2. OBJETIVOS

O trabalho proposto teve como foco central de interesse conhecer e analisar, a partir da ótica das Capacidades Dinâmicas e de aspectos do campo da avaliação de políticas públicas, a visão de gestores da RBLH-BR sobre os principais fatores que levaram ao relevante desenvolvimento e desempenho desta organização nacional e internacionalmente como uma política pública de saúde, mesmo em meio ao cenário adverso característico de países em desenvolvimento.

Espera-se, portanto, descortinar os principais elementos que promoveram sua capacidade em alavancar transformações que produzem efeito positivo para a sociedade.

Secundariamente, pretende-se discutir se e como as principais características deste modelo podem ser replicadas para outras políticas públicas de saúde.

### 1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (i) Identificar os principais fatores associados ao bom desempenho de uma política pública de saúde
- (ii) Entrevistar gestores e fundadores da RBLH-BR;
- (iii) Mapear oportunidades de melhoria para a RBLH-BR a partir das reflexões a respeito da visão dos seus gestores;
- (iv) Levantar o perfil destes gestores e;
- (v) Elencar os pontos-chave replicáveis em outras políticas públicas de saúde no Brasil.

### 1.4. QUESTÕES DA PESQUISA

Diante das inegáveis evidências de êxito das ações da RBLH-BR em território nacional e internacional, evidências estas geradas por diferentes organismos e instituições do Brasil e de outros países (avaliações externas independentes, artigos, teses, prêmios entre outros), pergunta-se qual é de fato a origem e o porquê desta trajetória efetiva, quando consideramos que as condições estabelecidas para a execução de tal política de saúde não foram e não são, em geral, as mais favoráveis. Ou seja, as condições típicas de países em desenvolvimento, em que a instabilidade político-econômica e governamental são bastante comuns, apresentam-se como barreiras importantes a serem transpostas pelos gestores de políticas públicas, o que parece ser um elemento em demasia relevante para o insucesso das mesmas.

A partir da análise da visão dos gestores da rede, profissionais que vivenciaram a sua fundação, expansão e consolidação, é possível identificar se há relação direta entre os principais elementos mencionados como responsáveis por esta trajetória singular, em termos de performance de uma política pública de saúde em nosso país, e as capacidades dinâmicas, características centrais de organizações que se perpetuam com êxito ao longo do tempo.



Por outro lado, questiona-se também se as capacidades e saberes desenvolvidos pela RBLH-BR poderiam ser replicados para outras políticas públicas de saúde, em áreas afins ou diversas, no mínimo como um modelo a ser considerado para a qualificação do planejamento e implementação das mesmas pelo país.

Para dar conta deste desafio, optou-se por entrevistar gestores e também os fundadores e expoentes nacionais desta rede, além de analisar também artigos, documentos e publicações oficiais, a fim elucidar as principais questões de interesse do estudo.

### 1.5. HIPÓTESE DA PESQUISA

A trajetória de 34 anos de políticas públicas em saúde, inegavelmente exitosas no Brasil e exterior, ligadas à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e ao Modelo Brasileiro de BLH, parece ter forte ligação com o desenvolvimento organizacional progressivo e contínuo das capacidades dinâmicas, entre elas as capacidades: inovativa, adaptativa, absorptiva, de mobilização, programática, política e digital.

### 1.6. JUSTIFICATIVA

Ao redor do mundo, de uma forma geral, governos e organizações de saúde têm sido cada vez mais pressionados a empregar de forma coerente e eficiente os seus finitos recursos nas políticas públicas. Como muitos outros países, o Brasil tem um grande e fundamental problema: ciência, tecnologia e produção são conduzidas em relativo isolamento (MOREL, 2014) gerando ineficiências e barreiras para o bom desempenho das políticas públicas.

Nesse sentido, as pressões advindas do desenvolvimento de certa maturidade política e social parecem crescentes. Podemos verificar, portanto, que a consciência política da sociedade tem gradualmente se ampliado, a atuação dos organismos de controle e auditoria, da academia e de centros de pesquisa avança na direção de avaliar e monitorar continuamente os resultados dos investimentos em políticas públicas de saúde, a fim de que este setor tenha o desenvolvimento e resultados compatíveis com as necessidades incontáveis,

postas já há décadas, até mesmo há séculos, como é o caso do saneamento básico, questão ainda não solucionada no país até os dias atuais.

Pesquisas acadêmicas, publicações e patentes não ajudam por si só a população desfavorecida (ou qualquer outra pessoa), a menos que sejam transformadas em produtos tangíveis ou práticas e políticas melhoradas (MOREL et al, 2005a).

Por outro lado, a literatura científica nacional e internacional tem identificado a importância das redes Interorganizacionais como ferramentas ou arranjos benéficos e potentes para o desenvolvimento das organizações e/ou de seus respectivos países (MOREL et al, 2005a; 2005b; FUNG, 2008; KLIJN et al, 2010; BALESTRIN et al, 2010 e WEGNER, 2012).

Nesse contexto, parece fazer sentido o investimento de instituições públicas e privadas no desenvolvimento de capacidades, do trabalho em rede ou alianças de cooperação. Redes que reproduzam ou adotem padrões e práticas compartilhadas, objetivos estratégicos comuns para o aperfeiçoamento de seus modelos de gestão e de capacidades organizacionais, tendo como consequência o alcance dos objetivos comuns.

Entretanto, atingir este propósito não é trivial. Gulati (2000, p.402) afirma que:

*“Formar uma nova aliança não é tão simples como se imagina. Há um considerável número de obstáculos pela frente: econômicos, políticos, sociais, legais e organizacionais. Há a necessidade de ter sistemas claros, pessoas interessadas e procedimentos bem definidos e conhecidos por todos, que atendam as necessidades dos parceiros”.*

Portanto, como é possível, então, construir, desenvolver e replicar políticas de saúde que, indubitavelmente, preencham lacunas históricas e alavanquem transformações positivas para a sociedade? Por que algumas políticas falham e outras alcançam os objetivos esperados?

Este estudo justifica-se pela necessidade de escrutinarmos e darmos publicidade continuamente aos elementos considerados indispensáveis para que as políticas públicas logrem o desempenho mínimo esperado. Imagina-se,

desta forma, que nesta pesquisa possamos enumerar e descortinar características, valores, práticas e fundamentos que impliquem na ampliação das possibilidades de sucesso de uma política de saúde, seja ela qual for.

Escolhemos a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR) por algumas questões que merecem ser listadas. A RBLH-BR é composta por centenas de unidades assistenciais, de diversas origens, mas que em seu conjunto e também individualmente, têm demonstrado resultados expressivos em termos de efetividade nas políticas públicas de saúde assumidas, diferenciando-se da média das ações de organizações públicas de saúde, quando por exemplo, observa-se o reconhecimento público, os resultados e a perenidade das iniciativas. Este fato instiga-nos a entender e conhecer quais os elementos que deram ao conjunto da obra o status nacional e internacional de programa reconhecidamente eficaz.

No entanto, por ser constituída de unidades assistenciais – os Bancos de Leite Humano - em sua maioria ligadas a instituições públicas e sem fins lucrativos, estas organizações vivenciam dificuldades e limites ainda maiores que as organizações de saúde privadas. Por exemplo, ao longo dos últimos 15 anos, diante da crise político-financeira enfrentada pelo Brasil, houve uma diminuição drástica do volume de recursos financeiros destinados às ações desta rede no Brasil. A redução de recursos se deu em torno de 39%, considerando o ano de 2017<sup>4</sup> frente ao ano de 2006, tendo este contingenciamento impacto significativo nas ações de manutenção, educação e suporte à rede.

Ainda assim, esta rede parece ter desenvolvido um *modus operandis* efetivo e inovador no campo gerencial e estratégico para alcançar os resultados desejados, tendo como característica uma forma horizontalizada de relacionamentos sociais, base que parece alavancar as trocas e a sinergia entre si. Observamos também ser bastante comum nessa rede que os atores, organizações e outros interessados envolvidos tomem as decisões estratégicas coletivamente sobre os rumos que a RBLH-BR terá em seu futuro, por exemplo.

---

<sup>4</sup> Fonte: NGI - RBLH-BR

Portanto, entendemos que a pesquisa em tela se torna factível e importante para a saúde pública no país, pois nos ajudará a identificar características do modelo da RBLH-BR e oportunidades de melhoria que poderão aprimorar a própria rede e também outras políticas públicas de saúde.

A pesquisa também traz outros benefícios quando se observa aspectos de ineditismo e originalidade, calcados principalmente na abordagem teórica multidisciplinar das "Capacidades Dinâmicas" (CD) advinda do campo da Economia e Políticas Públicas, área central do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento (PPED/IE/UFRJ).

A abordagem das CD se propõe a analisar e explicar como o desenvolvimento contínuo dos recursos e das capacidades organizacionais pode ter relação com o desempenho organizacional (TEECE, D. J.; PISANO, G., 1994). Por outro lado, entende-se também como benefício desta pesquisa a possibilidade de captar a visão de gestores de Centros de Referência Estaduais e de outros expoentes intrinsecamente envolvidos com a RBLH-BR sobre as origens, padrões e o porquê do êxito desta política pública de saúde, gerando informações relevantes e a própria reflexão sobre o trabalho dos mesmos ao longo de mais de 3 décadas.

Levando em conta esses argumentos, temos a intenção de elucidar os aspectos existentes em relação à organização e articulação da rede de bancos de leite no ambiente nacional, a partir dos elementos postos pela abordagem das Capacidades Dinâmicas.

Por outro lado, pretende-se com os resultados desse estudo oferecer subsídios técnicos para que gestores de políticas públicas de saúde como um todo possam incrementar a articulação das estratégias de oferta de cuidados, tornando-as mais efetivas que as atuais.

## 1.7. FINANCIAMENTO

Este projeto não recebeu apoio financeiro de nenhuma fonte de fomento, contando apenas com o apoio institucional e logístico das instituições mencionadas abaixo.

Informamos que não houve gastos relevantes com a execução do projeto de pesquisa, levando-se em conta que as entrevistas foram conduzidas por meio eletrônico, sem necessidade de gastos com deslocamentos, viagens ou hospedagem. Os eventuais custos são de responsabilidade do pesquisador principal.

## 1.8. INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

Esta pesquisa integra a linha de pesquisa “Inovação, Propriedade Intelectual e Desenvolvimento” (IPID) ligada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento (PPED) do Instituto de Economia (IE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), articulando-se com o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS) e com o Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão ligado ao Ministério da Saúde (MS).

Além disso, a pesquisa também se articula internacionalmente com o Institute of Clinical Economics e.V. – Ulm, Alemanha.

## 1.9. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto (CEP/IFF/Fiocruz-MS).

O principal risco identificado neste estudo é o de (i) quebra de sigilo e confidencialidade das informações dos respondentes e, para mitigar tal risco, não houve registro de informações que pudessem identificar estes participantes como email, nome, IP (*Internet Protocol*) de máquinas etc, além da guarda dos dados estar em ambiente seguro com senha de acesso e criptografia de dados. Outro ponto importante de proteção a ser considerado é que o manuseio das informações primárias e com potencial de identificação dos entrevistados foi

realizado apenas pelo pesquisador principal. Outro risco aventado se coloca na (ii) na conduta e reação dos participantes a responderem os questionários, no entanto, pela natureza das perguntas, até o presente momento, percebeu-se não ocorrer nenhum tipo de constrangimento com o assunto abordado entre os participantes da pesquisa. No entanto, caso esta questão venha a surgir diretamente ou sejamos notificados, os pesquisadores contam com apoio médico para atender a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que decorra da realização da referida pesquisa, além do apoio e atenção prestados pelo pesquisador principal durante o processo.

## 2. PANORAMA ESTRATÉGICO-ASSISTENCIAL DO IFF / Fiocruz

### 2.1. A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma autarquia federal centenária, ligada ao Ministério da Saúde do Brasil que tem por missão<sup>5</sup>: Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais.

No sítio eletrônico da Fiocruz<sup>6</sup> é possível conhecer mais sobre a história da instituição que sedia a secretaria executiva da Rede Global de Bancos de Leite Humano. Destacamos alguns trechos:

A história da Fundação Oswaldo Cruz começou em 25 de maio de 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, na bucólica Fazenda de Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro. Inaugurada originalmente para fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica, a instituição experimentou, desde então, uma intensa trajetória, que se confunde com o próprio desenvolvimento da saúde pública no país. Pelas mãos do jovem bacteriologista Oswaldo Cruz, o Instituto foi responsável pela reforma sanitária que erradicou a

---

<sup>5</sup> Fonte: [www.Fiocruz.br](http://www.Fiocruz.br)

<sup>6</sup> Idem

epidemia de peste bubônica e a febre amarela da cidade. E logo ultrapassou os limites do Rio de Janeiro, com expedições científicas que desbravaram as lonjuras do país. O Instituto também foi peça chave para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920(...). Já centenária, a Fiocruz desenha uma história robusta nos primeiros anos do século 21. Ampliou suas instalações e, em 2003, teve seu estatuto enfim publicado. Foi uma década também de grandes avanços científicos, com feitos como o deciframento do genoma do BCG, bactéria usada na vacina contra a tuberculose. Uma trajetória de expansão, que ganhou novos passos nesta segunda década, com a criação de escritórios como o de Mato Grosso do Sul e o de Moçambique, na África. Um caminho que se alimenta de conquistas e de desafios sempre renovados.

Na década de 1990, ficou instituída a Fiocruz conforme a conhecemos nos dias de hoje, como fundação autárquica, com todas as restrições que são inerentes a esse modelo, isto é, submetida às Leis 8.112, 8.666, 4.320, dentre diversas outras leis e normas comuns da administração pública direta e indireta autárquica. É importante ressaltar a partir da década de 1990, se deu início a uma série de iniciativas no âmbito do governo federal visando à promoção do desenvolvimento científico, da pesquisa, da capacitação científica e tecnológica, da propriedade intelectual, da repartição de benefícios relativos ao patrimônio genético e conhecimento tradicional associado e da inovação tecnológica no país, iniciados pela publicação da Lei 8.080/1990 – o que certamente impactou fortemente o papel da Fiocruz como organização estratégica de Estado para o SUS bem como as atividades por ela desempenhadas no âmbito da ciência, tecnologia e inovação em saúde (FIOCRUZ, 2011; LOPES, 2018).

A Fiocruz abriga dezenas de unidades funcionais com perfis e vocações diferentes, entre elas as assistenciais, como o Instituto Nacional de Saúde da



Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), como veremos a seguir.

## 2.2. O IFF <sup>7 8</sup>

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz).

Reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência e pelo Ministério da Educação, como Hospital de Ensino, o IFF mantém papel ativo na saúde pública brasileira desde a sua fundação em 1924. Por meio de ações articuladas de pesquisa, ensino, cooperação técnica, atenção integral à saúde, desenvolvimento e avaliação de tecnologias, o Instituto está sempre em busca de subsídios para formular políticas públicas em sua área de atuação que possam ser implementadas em âmbito nacional (IFF, 2011).

O IFF desenvolve atividades de geração, difusão e aplicação de novos conhecimentos em ciência e da tecnologia em articulação com as áreas de ensino e assistência, tendo como objeto de investigação a saúde da mulher, da criança e do adolescente. São 15 diretórios de grupos, com linhas de pesquisa em diversos campos, desde a pesquisa básica, aplicada e biomédica até as ciências sociais em saúde, que buscam fomentar a formulação de políticas públicas e o constante aperfeiçoamento do SUS. Todas as áreas de investigação são certificadas pela Fiocruz e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Por fim, registramos que as áreas de atuação do IFF são potencializadas e alavancadas por parcerias com outras instituições. O IFF mantém acordos de cooperação com instituições de assistência, ensino e pesquisa de vários países, com destaque para os ibero-americanos, nações do continente africano e o projeto multilateral desenvolvido com a França para ações de cooperação no Haiti. O setor elabora, promove e avalia as ações de cooperação realizadas no Instituto e viabiliza essas atividades no âmbito dos departamentos e serviços. O Instituto atua de forma estratégica no âmbito da cooperação internacional em

---

<sup>7</sup> CONSTANCIO, TI. Proposta de Cesta de Indicadores de Desempenho Hospitalar para o IFF pela Ótica da Governança Pública para Resultados, 2013.

<sup>8</sup> [www.iff.fiocruz.br](http://www.iff.fiocruz.br)

saúde para o Estado Brasileiro, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT).

Missões e novas parcerias são estabelecidas pelo Núcleo de Cooperação Internacional do IFF (NCI/IFF) de acordo com as diretrizes estratégicas da instituição. Atualmente, o IFF possui parcerias em andamento com diversos países. Em geral, as parcerias internacionais do Instituto são acompanhadas de processos de integração com outras unidades da Fiocruz, com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE), e organismos internacionais. A cooperação internacional ocorre por meio de atos internacionais formalizados e regidos pelo direito internacional (IFF, 2011).

Vale destacar que a partir da publicação da Portaria Ministerial Nº 4.159 em 2010, o Instituto Fernandes Figueira foi definido pelo Ministro da Saúde como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.

Este marco jurídico definiu com mais clareza as atribuições do IFF como instituto nacional:

I - assessorar o Ministério da Saúde no planejamento, organização, coordenação, supervisão e avaliação de planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente;

II - gerar e difundir conhecimento para a implantação de políticas e programas de saúde inerentes as suas atividades, baseados no cenário demográfico e epidemiológico e na melhor evidência científica disponível;

III - planejar, coordenar e realizar pesquisa clínica, básica, aplicada, biomédica e em ciências sociais em saúde sobre desenvolvimento, avaliação, incorporação e difusão de tecnologias e serviços no campo da saúde da mulher, da criança e do adolescente;

IV - formar profissionais para o Sistema Único de Saúde para qualificação da gestão e atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente; e

V - coordenar redes colaborativas nacionais e internacionais na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente e desenvolver atividades assistenciais de referência no âmbito do Sistema Único de Saúde de modo integrado ao Sistema Nacional de Inovação em Saúde (Grifo do autor).

Destacamos a última atribuição listada acima, que torna imperiosa a necessidade de estruturação das ações com base em conhecimento sobre políticas públicas e estratégias coordenadas para a ativação e efetivação de redes temáticas em saúde.

Para dar conta desse desafio, pretendemos aprofundar os estudos exploratórios sobre a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR), a partir da abordagem das capacidades dinâmicas e aspectos ligados ao campo da avaliação de políticas públicas, considerando o reconhecimento nacional e internacional desta política pública como iniciativa de grande impacto para diminuir as condições adversas de saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo, particularmente para recém-nascidos de baixo peso com forte impacto para o cumprimento dos objetivos do milênio, no que diz respeito à redução da mortalidade infantil com ênfase para o componente neonatal.

### 3. A REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO<sup>9</sup>

#### 3.1. A MORBIMORTALIDADE INFANTIL

Ao longo das últimas duas décadas observamos no mundo uma redução expressiva das taxas de mortalidade na infância. Globalmente, a maior parte das mortes entre crianças e jovens adolescentes neste período aconteceu nas idades mais jovens, com 83% das 6,3 milhões de mortes ocorrendo nos primeiros cinco anos de vida (UNICEF, 2018). Apesar da redução global observada nas taxas de mortalidade, as crianças continuam a enfrentar grandes disparidades regionais e econômicas em suas chances de sobrevivência. As maiores taxas de mortalidade abaixo de 5 anos são observadas na região da África Subsaariana, onde aproximadamente 1 em cada 13 crianças morre até completar 5 anos de vida, uma taxa 20 vezes mais elevada que a relação de 1 para 263 observada na Austrália e Nova Zelândia, países que possuem a menor taxa de mortalidade em crianças dessa faixa etária no mundo (UNICEF, 2018).

No Brasil, a mortalidade de crianças menores de 1 ano apresentou importante declínio nas últimas décadas (Gráfico 1) e o país é um dos 62 que alcançaram a meta de redução da mortalidade na infância, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)<sup>10</sup>, de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade entre 1990 e 2015.

Além do programa de transferência de renda Bolsa Família, são citados como elementos que contribuíram para o resultado positivo a criação do Programa de Saúde da Família, que ampliou o acesso à assistência básica à saúde, a melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido, além dos progressos relacionados a saneamento básico, vacinação, aleitamento materno e a redução da desnutrição (FRANÇA et al, 2017). Estima-se que o aleitamento

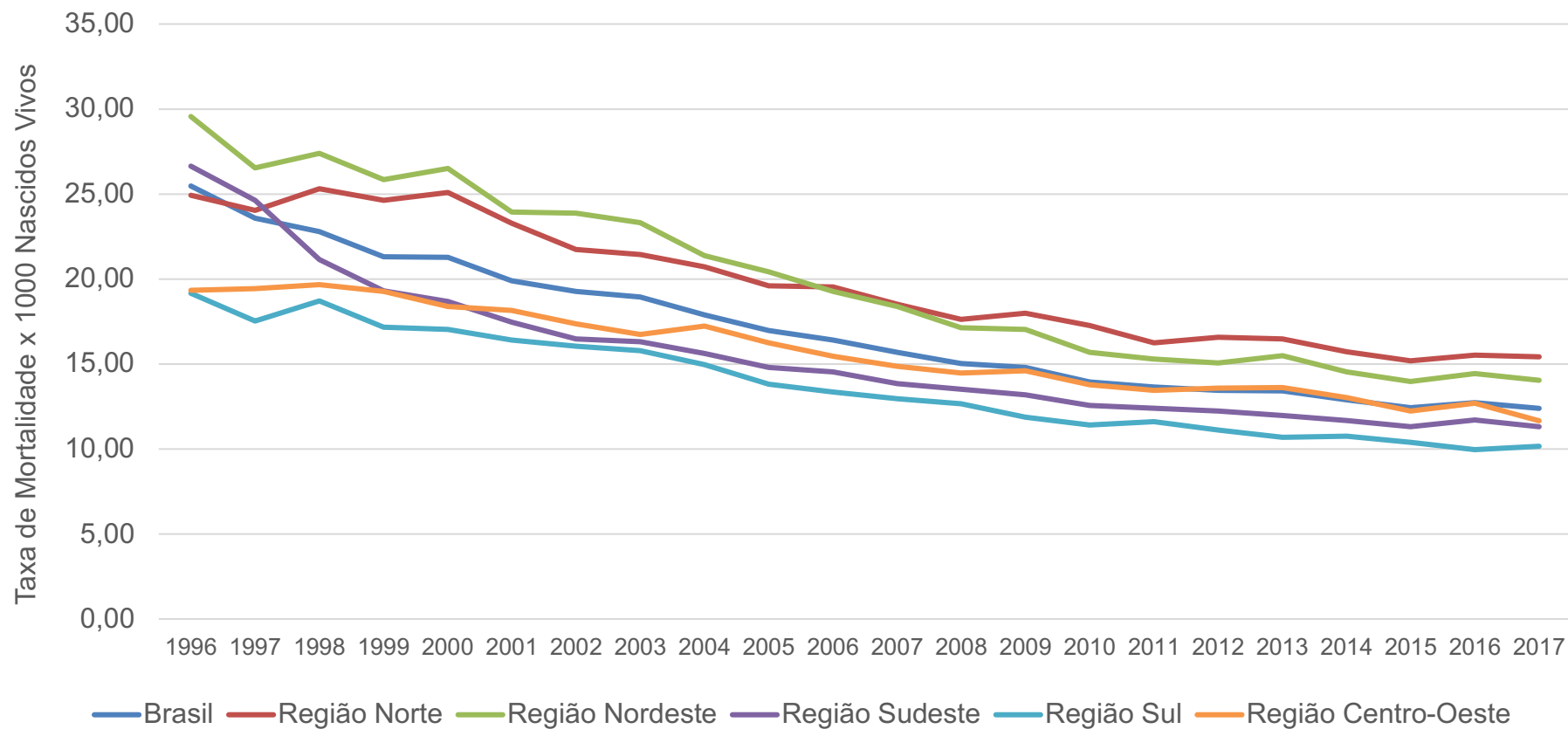
---

<sup>9</sup> Fonte: [www.redeblh.fiocruz.br](http://www.redeblh.fiocruz.br) e [www.iberblh.iciict.fiocruz.br](http://www.iberblh.iciict.fiocruz.br)

<sup>10</sup> Fonte: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>

materno contribua com um componente de cerca de 13% da redução da mortalidade de menores de 5 anos por causas preveníveis e que a doação de leite humano possa representar economia da ordem de R\$ 180 milhões ao ano com a diminuição da necessidade de aquisição de fórmulas artificiais nas unidades materno-infantis do SUS (AGÊNCIA SAÚDE, 2017).

GRÁFICO 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) - Brasil e Regiões, 1996 - 2017<sup>11</sup>



<sup>11</sup> Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A taxa de mortalidade infantil compreende o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Nos óbitos em menores de um ano de idade estão compreendidos aqueles ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais).

No Brasil, dos componentes da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal constitui o principal desde a década de 1990 e ainda vem se mantendo em níveis elevados (LANSKY et al, 2014). A elevada participação das causas perinatais na mortalidade neonatal evidencia a importância do manuseio adequado dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto.

Desse modo, todas as políticas voltadas para a redução da mortalidade infantil devem levar em conta o papel fundamental que a mãe desempenha na prevenção de óbitos infantis e procurar oferecer atenção integral à mulher. Isso significa não apenas assegurar um acompanhamento pré-natal de qualidade, parto seguro e adequada assistência ao nascimento, mas também garantir condições adequadas para a amamentação da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O aleitamento materno é conhecido fator protetor contra infecções na infância, entre diversos outros benefícios conhecidos tanto para a criança quanto para a mãe e é um componente primordial para as estratégias de diminuição da mortalidade neonatal (VICTORA et al, 2016; JONES, 2003).

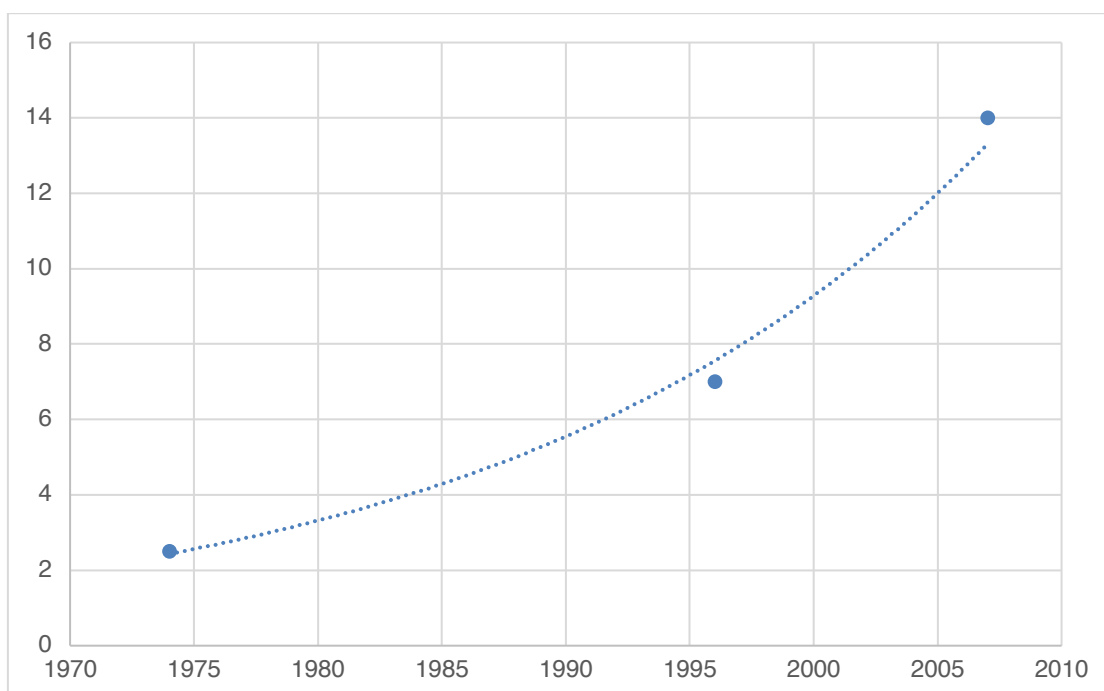
Em 1981, o Brasil criou o Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), do qual se originaram posteriormente diversas ações, tais como: Regulação da Comercialização de Alimentos para lactentes, a iniciativa Hospital Amigo da Criança, a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a adoção do Método Canguru como política pública, a estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e a adoção de leis trabalhistas que ampliaram progressivamente, de forma opcional e subsidiada pelo Governo, a licença maternidade remunerada para até seis meses. Como resultado, a prevalência e duração média do aleitamento materno vem aumentando gradativamente nas últimas décadas. A prevalência de aleitamento materno exclusivo<sup>12</sup> entre os menores de 6 meses aumentou expressivos 34,2 pontos percentuais entre 1986 e 2006, passando de 2,9% para 37,1%, seguida de estabilização em 2013 (BOCCOLINI et al, 2017). Na mesma direção de ampliação, conforme é possível observar a seguir no Gráfico 2, a duração média do período de aleitamento materno no

---

<sup>12</sup> Aleitamento materno exclusivo (AME) segundo a WHO (2007) ocorre quando a criança recebe “somente leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas)”

Brasil (de qualquer tipo) passou de 2,5 meses em 1974, 7 meses em 1996 para 14 meses em 2007 (BARROS et al, 2019).

**GRÁFICO 2** - Duração Média do Período de Aleitamento Materno no Brasil (em meses) - 1974-2007<sup>13</sup>



No entanto, apesar do crescente aumento da média do tempo de aleitamento, o Brasil ainda está muito aquém do que é preconizado pela OMS, que recomenda seis meses de aleitamento materno exclusivo, com manutenção do aleitamento de forma complementar até os 24 meses de idade da criança. É também preocupante a desaceleração observada na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 dos ganhos que vinham sendo observados nas pesquisas entre 1986 e 2006. Pela primeira vez na série histórica não foram observados ganhos reais na prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (BOCCOLINI et al, 2017).

---

<sup>13</sup> Barros et al, 2019.



Conforme a análise deste último autor acerca desses números, “os resultados reforçam a necessidade de se intensificar as ações já implementadas e desenvolver novas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, envolvendo os diversos setores da sociedade, no intuito de retomarmos o crescimento da prevalência e duração do aleitamento materno”.

### 3.2. A TRAJETÓRIA DA RBLH-BR

A amamentação traz inúmeros benefícios para as crianças e para as mulheres e constitui a intervenção com o maior potencial de redução da mortalidade infantil conhecida até o momento (JONES, 2003). Estudos apontam que níveis ideais de amamentação poderiam prevenir mais de 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos por ano no mundo, além de evitar cerca de 20.000 mortes de mulheres por câncer de mama. Por outro lado, revisões sistemáticas recentes sobre amamentação reafirmam a proteção (para crianças amamentadas) contra doenças infecciosas, menor risco de mal oclusão dental e de doenças crônicas (por exemplo diabetes e sobrepeso), bem como seu impacto positivo no desempenho em testes de inteligência (VICTORA et al, 2016; JONES, 2003; BOCCOLINI et al, 2017).

Acredita-se que o aumento da prevalência e duração do aleitamento materno observado a partir da década de 1970 (VENÂNCIO et al, 2013) tenha contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde da criança no Brasil (VICTORA et al, 2016), reduzindo, por exemplo, as internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias em crianças menores de um ano no país (BOCCOLINI et al, 2011; 2012).

Nesse contexto, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR) foi estabelecida em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, com a missão de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil. A RBLH-BR tem o compromisso de promover condições que ampliem o acesso ao leite humano, a fim de reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos (RN) e prevenir a

ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, pontos inclusos nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (RBLH-BR, 2019).

Nesse sentido, diante de tamanhas evidências dos benefícios do aleitamento materno e da aderência e resolutividade do formato de BLH criado no Brasil, o modelo brasileiro passou a ser replicado em outros países e tornou-se reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento tecnológico inédito que alia baixo custo à alta qualidade, além de distribuir o leite humano conforme as necessidades específicas de cada bebê, aumentando a eficácia da iniciativa para a redução da mortalidade neonatal (RBLH-BR, 2019).

A Rede Global de Bancos de Leite Humano é o programa de cooperação internacional que envolve 23 países, orientado para o intercâmbio de conhecimento e de tecnologia no campo do Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano (BLH), tendo o compromisso de promover condições que ampliem o acesso ao leite humano, a fim de reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos (RN) e prevenir a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, pontos inclusos nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>14</sup>.

Dessa forma, a cooperação técnica internacional em BLH tem o objetivo de formar multiplicadores para viabilizar não só a transferência da tecnologia de Bancos de Leite Humano a outros países, mas também transferir princípios a serem adaptados de acordo com a realidade de cada país (ALMEIDA, 2015).

A coordenação e execução dos projetos da rede global cabe ao IFF - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança do Adolescente Fernandes Figueira em parceria com o ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, unidades da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, ligada ao Ministério da Saúde. Em especial, o IFF tem o papel de formulador de políticas públicas em seu campo de atuação, assumindo a função de órgão auxiliar do Ministério da Saúde.

Atualmente, existem 223 BLHs e 208 postos de coleta implantados no Brasil. Soma-se a estes números cerca de 88 BLHs implantados fora do país até o ano de 2016. Estima-se que por este programa tenham sido beneficiados mais

---

<sup>14</sup> <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

de 2 milhões de recém-nascidos nos últimos 10 anos, além de mais de 18 milhões de mulheres assistidas (RBLH-BR, 2019).

Em 2003 com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde teve início um processo estruturado de ampliação da já existente Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para o continente americano.

No II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano (2005), onde 2500 profissionais e 13 países (América Latina, Estados Unidos e Inglaterra) estiveram presentes, um grupo de trabalho elaborou em dois exemplares originais com textos idênticos, nos idiomas português e espanhol, um protocolo denominado Carta de Brasília. Com a assinatura da Carta de Brasília foi materializada a política de expansão através do compromisso de criação da Rede Latino Americana de Bancos de Leite Humano.

O Projeto da Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano é fundamentado na experiência anterior de implantação e validação do modelo brasileiro em outros países - Venezuela, Uruguai, Argentina, Equador e Cuba. Nesse contexto, a Cooperação Internacional ocorre através de Atos Internacionais formalizados e regidos pelo Direito Internacional.

Em seguida, no ano de 2007 foi aprovado o Programa *Cumbre de Red de Bancos de Leche Humana* com base no modelo Brasileiro coordenado pela Fiocruz.

Anualmente, os Chefes de Estado e de Governo dos países membros da Conferência Ibero-americana celebram, uma Reunião-Cúpula. O tema central é proposto pelo país sede e ao final da reunião tradicionalmente se adota uma Declaração Política, e declarações sobre temas de interesse particular.

No ano de 2007, a Cumbre foi realizada no Chile, reunindo 22 Chefes de Estado e Governo de nações espanholas e portuguesas da América Latina e Europa, tendo como tema central: "Coesão social e políticas sociais para atingir sociedades mais inclusivas na Ibero-América".

No artigo 19 do Programa de Ação foi aprovado o Programa Cumbre de Red de Bancos de Leche Humana, como proposta auxiliar para erradicação da desnutrição infantil na América Latina e Caribe.

Em 2008 foi instalada na Fiocruz a Secretaria Executiva da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, que se tornou a base para o Programa de Apoio Técnico para Implantação da Rede Ibero Americana de Bancos de

Leite Humano. Na ocasião, sete países, entre eles o Brasil, assinaram o acordo multilateral, mas os 22 países da Conferência Ibero-Americana poderão integrar o Programa.

Ainda em 2008, o trabalho de cooperação internacional desenvolvido pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano foi ampliado para os países membros da CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, com a aprovação do "Projeto para Implantação de Rede de Bancos de Leite Humano nos Países da CPLP" em Lisboa, Portugal.

A CPLP é uma entidade criada em 17 de julho de 1996, que reúne oito Estados-membros: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. É o foro multilateral privilegiado para o aprofundamento da amizade mútua e da cooperação entre os seus membros. As ações desenvolvidas pela CPLP têm objetivos precisos e estão voltadas para os setores prioritários, como a Saúde e a Educação.

A execução deste projeto entre outros está a cargo do IFF e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), ambos da Fundação Oswaldo Cruz, através do Banco de Leite Humano do IFF.

O aleitamento materno e a alimentação complementar são identificados como duas das intervenções mais eficazes para prevenir a mortalidade infantil. Nesse sentido, a Organização Panamericana de Saúde - OPS/OMS realiza cooperação técnica entre países desenvolvendo projetos conjuntos.

Nessa direção, representantes do setor saúde e de proteção social dos governos e da sociedade civil de países Ibero-americanos e do Continente Africano assinam a Carta de Brasília 2010. Esse documento resgata os compromissos da Carta de Brasília 2005 e assume estratégias para continuidade do trabalho.

Por fim, justificam esta proposta de trabalho, esta objetiva, porém, densa descrição da trajetória histórica desta rede de bancos de leite humano, a possibilidade de apropriação dessa experiência de sucesso, bem como o contexto institucional propício ao aperfeiçoamento e desenvolvimento de estratégias e políticas públicas em saúde.

Em 2019 completou-se no Brasil 34 anos de políticas públicas voltadas para o aleitamento materno e doação de leite humano, iniciadas com o lançamento da Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), em 1985.

Nota-se, a partir de então, importante contribuição desta frente para que o Brasil pudesse alcançar, com antecedência, os objetivos do desenvolvimento do milênio referentes à redução da mortalidade infantil, com redução de 77% neste indicador desde 1992 (ICICT/Fiocruz, 2015).

A expressividade deste programa foi reconhecida por organismos internacionais relevantes, em diversos momentos, dos quais destacamos:

- Homenagem da OMS - Organização Mundial da Saúde, OPAS – Organização Panamericana da Saúde e pelo PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento pela contribuição para o desenvolvimento humano no Hemisfério Sul – Dezembro 2009, Washington, D.C;

- *“Reconocer el trabajo realizado por el Programa Iberoamericano de Bancos de Leche Humana a favor de las madres y de los recién nacidos prematuros. Valorar la Carta de Brasilia, firmada en el Congreso de Bancos de Leche Humana, celebrado el 27 al 30 de septiembre de 2010 en esa ciudad, cuyos objetivos apuntan a la extensión y sostenibilidad de los Bancos de Leche Humana” (Cumbre de Mar del Plata 2010);*

- *4th High Level Forum on Aid Effectiveness -Busan - Korea – 2011.* Apresentação da cooperação da RBLH como um modelo exitoso de cooperação horizontal.

### 3.2.1. ASPECTOS DE INOVAÇÃO NA RBLH-BR

Para Freeman (1979)<sup>15</sup>, os determinantes da direção e escala da atividade científica e inventiva nas sociedades industriais contemporâneas não estão apenas relacionados à demanda de mercado, ou principalmente relacionados como alguns defendem, mas os direcionamentos estão fortemente ligados também aos interesses dos grupos sociais relevantes no alinhamento destes direcionamentos aos diferentes lados do debate, a fim de que se obtenha resposta eficaz aos problemas sociais. A noção de sistemas de inovação é,

---

<sup>15</sup> Christopher Freeman (1921 - 2010) foi um economista britânico, fundador e primeiro diretor da Unidade de Pesquisa em Ciência Política da Universidade de Sussex, e um dos mais eminentes pesquisadores em estudos de inovação.

portanto, uma das principais contribuições de Freeman para o campo da inovação. Na sua visão, novas tecnologias não são invenções isoladas, mas pelo contrário, elas envolvem um conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais inter-relacionadas (VELHO, 2010).

Nesse sentido, podemos notar que houve investimentos públicos realizados desde 1985 no campo da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico na área de BLH, que permitiram que o Brasil desenvolvesse um modelo de BLH baseado em uma tecnologia alternativa e moderada, de baixo custo, mas que garante um padrão de qualidade reconhecido internacionalmente e referendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A ação coordenada, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são elementos importantes que servem de apoio à Rede Brasileira, tornando compatível a manutenção de um alto rigor técnico com baixo custo operacional, de modo a responder adequadamente às diferentes demandas geradas pela sociedade (ALMEIDA, 1999).

Nesse sentido, a partir da descrição de Canepa (2011), é possível elencar 2 casos emblemáticos de inovação de produtos no contexto do Modelo Brasileiro de Bancos de Leite Humano, que possibilitaram a RBLH-BR realizar um descolamento tecnológico e financeiro da cadeia de insumos e equipamentos vigente na época, a saber:

- Substituição das embalagens para o leite humano, anteriormente embalagens importadas, por alternativas de baixo custo e igualmente seguras. Esta inovação permitiu uma redução na ordem de 80% do custo de implantação de um BLH.
- Equipamentos para pasteurização do leite humano. Em um primeiro momento, esses equipamentos eram importados por um valor de US\$ 17.000. A partir da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico, foram produzidos equipamentos com tecnologia própria do Brasil com custo muito inferior. Tais estudos permitiram reduzir o custo de implantação dos BLH de forma expressiva, favorecendo a sua expansão e, conseqüentemente, beneficiando milhares de clientes dos SUS - Sistema Único de Saúde.

Todo este esforço de desenvolvimento tecnológico e inovação (MOREL, 2014) pode também ser entendido como uma afirmação de ruptura com modelos

sócio-culturais de alto custo, que favoreciam o desmame precoce para a adoção de leites industrializados e o baixo índice de doação de leite humano.

Nesse cenário, Almeida (1999) discorre sobre importantes conflitos e questionamentos sobre os modelos vigentes que citamos acima:

*"Quando se fala em economia, relatos sobre a última década revelam que o Brasil desperdiçou algo em torno de trezentos milhões de litros de leite humano por ano em decorrência do desmame precoce. Para efeitos comparativos, podemos recorrer a um estudo, realizado na cidade do Rio de Janeiro, que estima um dispêndio de US\$ 208 milhões para cobrir os custos da reposição deste volume com leite do tipo C. Caso se optasse pelo leite em pó de menor custo, disponível no mercado à mesma época, este valor subiria para US\$ 300 milhões. (...) A bacia leiteira ora existente certamente enfrentaria sérias dificuldades para responder a esta demanda, assim como o parque industrial encontraria grandes obstáculos para atender qualitativamente às especificidades tecnológicas que se fazem exigir em decorrência de práticas impróprias de desmame. Assim, para responder à necessidade de reposição do volume de leite humano não realizado em razão da prática do desmame, o caminho natural do mundo globalizado passa a ser o da importação de leites modificados, implicando transferência de divisas para os países fabricantes. Note-se que a grande maioria dos leites modificados, hoje comercializados no mercado brasileiro pelas multinacionais, já segue esta lógica."*

E continua:

“a valorização crescente dos elementos culturais relacionados ao uso de leites industrializados, bem como a apologia do desmame precoce pelos serviços de saúde, associados à cruzada higiênica contra as amas-de-leite, fizeram o leite humano transformar-se em um produto nobre, escasso, difícil de ser obtido e de preço elevado no mercado. Segundo registros e relatórios do BLH-IFF/FIOCRUZ, O leite humano chegou a ser comercializado, em várias ocasiões, à razão de US\$ 35 o litro.”

Afirmava-se, portanto, a necessidade de desenvolver-se um modelo que desse conta de solucionar a questão do acesso ao leite humano, principalmente em situações emergenciais como a dos RNs internados em CTIs e, nesse sentido, o modelo desenvolvido pelo Brasil preencheu, aparentemente, esta lacuna.

Como já apontava Almeida (1999), existia um ambiente que favorecia a adoção precoce ou indevida de produtos substitutivos ao leite humano, prejudicando a prevalência da amamentação. Nesse sentido, observamos o cenário de disputas entre diversos atores e seus interesses privados, públicos, lícitos ou não, entendemos que em um contexto global, há a conformação de cadeias produtivas que criam e capturam valor, desde a concepção até a produção final do produto ou do serviço, a partir de múltiplas dimensões como territorial, organizacional ou internacional, por exemplo. Apesar disso, a RBLH-BR se consolidou como política pública de saúde inegavelmente exitosa nas últimas décadas, nacional e internacionalmente, factível de ser observada e replicada até por outros segmentos para além da saúde.

A complexidade dessa discussão é também amparada pelos conceitos de rede de atenção à saúde (RAS) desenvolvidos por Mendes (2011) e que podem nortear a organização dos sistemas de saúde complexos a partir coordenação realizada no nível da Atenção Primária em Saúde (APS):



*“As Redes de Atenção em Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população”.*

Essa definição origina conceitos básicos das RAS (MENDES, 2012):

*“(...)apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas*

*inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população”*

Desse modo, parece-nos importante analisar o conjunto dos fatores que levaram o modelo da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano a desempenhar tal papel nos cenários nacional e internacional com vistas ao aperfeiçoamento e replicação de escopo exitoso de política pública de saúde. Para esta tarefa, lançamos mão da abordagem das capacidades dinâmicas, a qual fornece elementos coerentes e atuais para tal observação e análise, além de outros aspectos relacionados aos estudos em avaliação de políticas públicas.

Além da vantagem competitiva sustentada que toda a organização busca, seja ela pública ou privada, a abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD) se propõe também a analisar e explicar como o desenvolvimento contínuo dos recursos e das capacidades organizacionais pode ter relação com o desempenho organizacional (TEECE, D. J.; PISANO, G., 1994; TONDOLO et al, 2018); Os pesquisadores acima citados apontam dimensões que caracterizam a abordagem das CD, entre elas: (i)Capacidade inovativa, a (ii)Capacidade Mobilizadora, o (iii)Capacidade absorptiva, (iv)Capacidade adaptativa, entre outras categorias elencadas posteriormente.

Dessa maneira, o estudo proposto compreende as Capacidades Dinâmicas como a habilidade das organizações em adaptar continuamente sua base de recursos e de capacidades frente às mudanças impostas pelo ambiente externo, de forma empreendedora, com vistas à manutenção, ampliação e inovação dos seus projetos, ações e áreas de atuação (TONDOLO et al, 2018).

Diante dessa trajetória reconhecidamente exitosa da RBLH-BR, levantamos algumas perguntas:

- De que forma os padrões e/ou práticas de atuação construídos ao longo dos anos influenciaram o desempenho desta Rede? Quais foram esses padrões?
- Quais os fatores que segundo os gestores da rede estão associados ao desempenho da rede?
- É possível reproduzir estas práticas ou modelo em outras políticas de saúde?

Parece-nos factível, portanto, identificar e analisar aspectos de inovação e capacidades dinâmicas implicados na trajetória exitosa da RBLH-BR, a fim de mapearmos os principais fatores associados ao bom desempenho dessa política pública brasileira. Na intenção de dar conta destes e de outros questionamentos, apresentamos abaixo com mais detalhes o arcabouço teórico deste trabalho.

## 4. ARCABOUÇO E REFERENCIAIS TEÓRICOS

### 4.1. CAPACIDADES DINÂMICAS

O referencial teórico central deste estudo assenta-se na Abordagem das Capacidades Dinâmicas, que tornou-se uma das correntes de pesquisa mais ativas na literatura de gestão estratégica, pelo fato de que essa área de estudo é capaz de discutir e demonstrar como as organizações respondem às rápidas mudanças tecnológicas e de mercado (HELFAT et al., 2007; TEECE, 2007; TEECE et al., 1997; EISENHARDT e MARTIN, 2000; DI STEFANO et al., 2014).

As Capacidades Dinâmicas (CD) são baseadas em inovação e fornecem a capacidade de criar, estender e modificar a base de recursos de uma instituição (HELFAT et al., 2007). Teece (2007) argumenta que as capacidades dinâmicas consistem em três grandes grupos: (1) detectar oportunidades (e ameaças), (2) aproveitar oportunidades e (3) transformar o modelo de negócios da organização e ampliar sua base.

Prof. David J. Teece, que é considerado um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento dessa abordagem no campo da gestão estratégica<sup>16</sup>, é Professor de *Global Business* e ligado à *Walter A. Haas School of Business da University of California, Berkeley*. Suas áreas de interesse incluem estratégia corporativa, empreendedorismo, inovação, políticas de competitividade e propriedade intelectual<sup>17</sup>. Sua relevante produção científica no tema foi considerada como a principal linha deste trabalho.

Capacidades Dinâmicas (CD) foram inicialmente definidas pelo autor e colaboradores como “*as habilidades para integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas das organizações, a fim de responder às mudanças cada vez mais velozes do ambiente*” (TEECE, D. J.; PISANO, G.;

---

<sup>16</sup> "Entrepreneur Profile David Teece co-founder, Berkeley Research Group LLC". San Francisco Business Times. February 18, 2011. Retrieved January 26, 2012.

<sup>17</sup> "David Teece Faculty Profile". Archived from the original on September 18, 2012.

SHUEN., 1997). De acordo com a *ScienceWatch*<sup>18</sup>, o artigo citado acima, "*Dynamic Capabilities and Strategic Management*", foi a publicação mais citada globalmente na área de Economia e Negócios, no período de 1995 até 2005, o que ratifica a relevância desta discussão.

Posteriormente, a noção de CD, especialmente quando se trata de conhecimento de processos organizacionais, tornou-se um paradigma preponderante nas discussões sobre vantagens competitivas (CORDES-BERSZINN, 2013)

Em outras palavras, o conceito de capacidades dinâmicas de Teece (2007) apresenta-se como uma teoria sobre a origem ou fonte da agilidade corporativa: "a capacidade (1) de detectar e moldar oportunidades e ameaças, (2) aproveitar e otimizar as oportunidades e (3) manter a competitividade melhorando, combinando, protegendo, e, quando necessário, reconfigurando os ativos intangíveis e tangíveis da organização. "

Esta visão de Teece coloca-se em contraste à perspectiva de capacidades dinâmicas de Eisenhardt & Martin (2000) que entendem que a vantagem competitiva de longo prazo está nas configurações de recursos e não em capacidades dinâmicas, como podemos observar na tabela abaixo:

---

<sup>18</sup> "Taking Care of Business, 1995–2005". *ScienceWatch*. Thomson Scientific. November – December 2005. Retrieved January 26, 2012.

**TABELA 1** – Contrasting conceptions of dynamic capabilities<sup>19</sup>

	Traditional view of dynamic capabilities	Reconceptualization of dynamic capabilities
Definition	Routines to learn routines	Specific organizational and strategic processes (e.g., product innovation, strategic decision making, alliancing) by which managers alter their resource base
Heterogeneity	Idiosyncratic (i.e., firm specific)	Commonalities (i.e., best practice) with some idiosyncratic details
Pattern	Detailed, analytic routines	Depending on market dynamism, ranging from detailed, analytic routines to simple, experiential, ones
Outcome	Predictable	Depending on market dynamism, predictable or unpredictable
Competitive Advantage	Sustained competitive advantage from VRIN dynamic capabilities	Competitive advantage from valuable, somewhat rare, equifinal, substitutable, and fungible dynamic capabilities
Evolution	Unique path	Unique path shaped by learning mechanisms such as practice, codification, mistakes, and pacing

<sup>19</sup> Eisenhardt & Martin (2000, p 1111).

No entanto, mesmo acolhendo a visão de Teece como norteadora deste trabalho, parece-nos que a questão fundamental para o debate no campo da gestão estratégica é porque e como as organizações<sup>20</sup> alcançam e mantêm vantagens competitivas ao longo do tempo. A abordagem das CD se propõe, portanto, a lançar luz e analisar esta questão e é um esforço para analisar e entender como a geração de riqueza, valor e resultados são perenemente capturados e mantidos pelas organizações.

Nessa lógica, Teece; Pisano; Shuen (1997) sistematizaram o que chamam de paradigmas da estratégia (Tabela 2), a partir da ideia de que as teorias da estratégia investiram inúmeros esforços em descrever e explicar as estratégias para sustentar e proteger as vantagens competitivas existentes, no entanto, estas teorias não deram conta de explicar o porquê e como certas organizações construíram vantagem competitiva em regimes de mudança rápida.

---

<sup>20</sup> Segundo Maximiano (1992) "uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa."

**TABELA 2 – Paradigms of strategy: Salient characteristics<sup>21</sup>**

Paradigm	Intellectual roots	Representative authors addressing strategic management questions	Nature of rents	Rationality assumptions of managers	Fundamental units of analysis	Short-run capacity for strategic reorientation	Role of industrial structure	Focal concern
(1) Attenuating competitive forces	Mason, Bain	Porter (1980)	Chamberlinean	Rational	Industries, firms, products	High	Exogenous	Structural conditions and competitor positioning
(2) Strategic conflict	Machiavelli, Schelling, Cournot, Nash, Harsanyi, Shapiro	Ghemawat (1986) Shapiro (1989) Brandenburger and Nalebuff (1995)	Chamberlinean	Hyper-rational	Firms, products	Often infinite	Endogenous	Strategic interactions
(3) Resource-based perspectives	Penrose, Selznick, Christensen, Andrews	Rumelt (1984) Chandler (1966) Wernerfelt (1984) Teece (1980, 1982)	Ricardian	Rational	Resources	Low	Endogenous	Asset fungibility
(4) Dynamic capabilities perspective	Schumpeter, Nelson, Winter, Teece	Dosi, Teece, and Winter (1989) Prahalad and Hamel (1990) Hayes and Wheelwright (1984) Dierickx and Cool (1989) Porter (1990)	Schumpeterian	Rational	Processes, positions, paths	Low	Endogenous	Asset accumulation, replicability and inimitability

<sup>21</sup> Teece; Pisano; Shuen (1997, p 527)



Esta abordagem é especialmente relevante na perspectiva Schumpeteriana (1942) de competição baseada em inovação, rivalidade preço / desempenho, retornos crescentes e a "destruição criativa" de competências existentes. Os autores, dessa forma, apresentam a discussão sobre os níveis de sucesso e falhas das organizações em termos de desempenho, abordando também as práticas gerenciais.

Nesse sentido, os autores citados identificaram a existência de três paradigmas e descreveram aspectos de um quarto novo paradigma que denominaram capacidades dinâmicas, quais sejam eles: (1) Atenuando forças competitivas (2) conflito estratégico (3) Perspectivas baseadas em recursos e (4) Perspectivas das Capacidades Dinâmicas.

Considerando que a abordagem das capacidades dinâmicas tem como foco de preocupações o desenvolvimento de capacidades de gerenciamento e combinações de habilidades organizacionais, funcionais e tecnológicas difíceis de imitar, ela acaba por integrar e utilizar pesquisas em áreas como gerenciamento de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), desenvolvimento de produtos e processos, transferência de tecnologia, propriedade intelectual, manufatura, recursos humanos e aprendizado organizacional. Desse modo, concordamos com Teece et al (1997) que as capacidades dinâmicas podem ser vistas como uma abordagem com estrutura coerente, potencialmente integradora de conhecimentos conceituais e empíricos existentes para entender as novas fontes de vantagem competitiva.

Como pode-se observar, os primeiros conceitos e sistematizações da estrutura de capacidades dinâmicas considerados para este trabalho foram elaborados por Teece, Pisano e Shuen (1990a, 1990b, 1997) e Teece e Pisano (1994). Em seguida, foi produzida extensa literatura sobre capacidades dinâmicas (por exemplo, HELFAT et al., 2007) que será mencionada e integrada aos conceitos vistos até aqui.

## 4.2. CONCEITUANDO CAPACIDADES DINÂMICAS

A abordagem das CD (TEECE, 2007) traz para a discussão acadêmica e epistemológica dois aspectos importantes que precisam ser mencionados:

O (i) primeiro diz respeito ao termo "dinâmicas" que refere-se à capacidade da organização de renovar competências de modo a alcançar alinhamento ou sintonia com o ambiente de negócios em mudança; Para tal, são necessárias certas respostas inovadoras quando o tempo de lançamento de produtos ou serviços no mercado é crítico, quando a taxa de mudança tecnológica é alta ou quando a natureza da competição e dos mercados futuros é difícil de determinar.

Já o termo (ii) "capacidades" enfatiza o papel-chave da gestão estratégica em adaptar, integrar e reconfigurar adequadamente as habilidades organizacionais internas e externas, os recursos e as competências funcionais para atender aos requisitos de um ambiente em mudança.

Outra forma de explicitar conceitualmente o que são capacidades dinâmicas é ilustrar as distinções básicas entre capacidades dinâmicas e capacidades comuns (ordinárias), ambas relatadas por Teece (p 332, 2014), conforme tabela abaixo:

**TABELA 3** – Some differences between ordinary and dynamic capabilities<sup>22</sup>

	<b>Ordinary capabilities</b>	<b>Dynamic capabilities</b>
<b>Purpose</b>	Technical efficiency in business functions	Achieving congruence with customer needs and with technological and business opportunities
<b>Mode of attainability</b>	Buy or build (learning)	Build (learning)
<b>Tripartite schema</b>	Operate, administrate, and govern	Sense, seize, and transform
<b>Key routines</b>	Best practices	Signature processes
<b>Managerial emphasis</b>	Cost control	Entrepreneurial asset orchestration and leadership
<b>Priority</b>	Doing things right	Doing the right things
<b>Imitability</b>	Relatively imitable	Inimitable
<b>Result</b>	Technical fitness (efficiency)	Evolutionary fitness (innovation)

<sup>22</sup> Teece (2014, p 332)

Em resumo, pode-se pensar em “capacidades comuns” como a habilidade de alcançar eficiência técnica e “fazer as coisas da maneira correta” nas principais funções de negócios em termos de operações, administração e governança. Tais capacidades geralmente possuem um alto componente de domínio público e, mesmo que não sejam de domínio público, são facilmente imitáveis, podendo ser geralmente adquiridas.

Enquanto as “capacidades comuns” tratam de fazer as “coisas” da forma considerada a mais correta, as capacidades dinâmicas têm a ver sobre escolher as coisas certas a se fazer, no momento certo, com base no desenvolvimento de novos produtos (e processos), desenvolvendo processos de orquestração gerencial épicos e exclusivos, com uma cultura organizacional forte e orientada à mudanças e uma avaliação preditiva do ambiente de negócios e oportunidades tecnológicas (TEECE, 2014).

Já para Leonard-Barton (1992), as capacidades dinâmicas refletem a habilidade de uma organização em alcançar um novo e inovador modo de vantagem competitiva, considerando a trajetória dependente<sup>23</sup> e posições de mercado.

As capacidades dinâmicas também podem ser entendidas como as rotinas organizacionais e estratégicas antecedentes pelas quais os gerentes alteram sua base de recursos - adquirem e eliminam recursos, os integram e os recombina - para gerar novas estratégias de criação de valor (GRANT, 1996; TEECE; PISANO, 1994) à medida que os mercados emergem, colidem, dividem, evoluem e morrem (EISENHARDT & MARTIN, 2000).

Apesar deste conceito das CD, inegavelmente, ter sido relevante para obter vantagem competitiva por algum tempo, no entanto, sua importância recentemente parece ser ainda mais ampliada considerando-se que a economia global tornou-se mais aberta e acessível, e as fontes de invenção, inovação e manufatura tornaram-se mais diversificadas geográfica e organizacionalmente (TEECE, 2000), havendo, portanto, a necessidade de uma combinação de

---

<sup>23</sup> Segundo Piening (2013) o significado de Trajetória Dependente pode ser resumido na frase: “*É quando a história importa*”. Ou seja, tem a ver com a compreensão e aprendizado de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais que têm impacto na organização.

múltiplas invenções para alcançar este novo mercado com sucesso (SOMAYA E TEECE, 2007).

Para apoiar este desafio, felizmente, a literatura existente sobre estratégia, inovação e organização e a nova literatura sobre capacidades dinâmicas têm identificado uma miríade de processos e rotinas que podem ser reconhecidos como fornecendo certas características elementares (microfundamentos) para o alcance das capacidades dinâmicas, como, por exemplo, a capacidade que uma empresa tem de criar, ajustar, aprimorar e, se necessário, substituir modelos de negócios (TEECE, 2000).

O autor se posiciona sobre o tema (TEECE, 2007, p.1319 - tradução livre deste autor):

*“As capacidades dinâmicas permitem que as empresas criem, implementem e protejam os ativos intangíveis que suportam desempenho superior de negócios no longo prazo. Os microfundamentos das capacidades dinâmicas - as habilidades, processos, procedimentos, estruturas organizacionais, regras de decisão e disciplinas distintas - que sustentam as capacidades de detecção, captura e reconfiguração em nível corporativo são difíceis de desenvolver e implantar. Empresas com fortes capacidades dinâmicas são intensamente empreendedoras. Elas não apenas se adaptam aos ecossistemas de negócios, mas também os moldam através da inovação e da colaboração com outras empresas, entidades e instituições.”*

Para fins analíticos, Teece (2007; 2014) relata que as capacidades dinâmicas podem ser desagregadas em três diferentes elementos:

(1) *Sensing* - capacidade para detectar e moldar oportunidades e ameaças. Envolve identificação, desenvolvimento, co-desenvolvimento e avaliação de oportunidades e ameaças tecnológicas em relação às necessidades do cliente;

(2) *Seizing* – capacidade para aproveitar oportunidades, por meio da qual a organização mobiliza recursos para atender às necessidades e oportunidades identificadas pelas ações de Sensing (análise) e para capturar valor dessas ações e;

(3) *Transforming* – capacidade para manter a competitividade através da melhoria, combinação, proteção e, quando necessário, reconfigurando os ativos intangíveis e tangíveis da organização, ou seja, pode envolver reformulação de rotinas, reestruturação de departamentos, gestão de ativos co-especializados e implantação de estruturas de governança e desenvolvimento de conhecimento.

Para o autor, as capacidades dinâmicas ainda incluem o que podemos chamar de “recursos corporativos difíceis de replicar”, necessários para adaptar-se às novas oportunidades tecnológicas e de clientes. Elas também incluem a capacidade da empresa de modelar o ecossistema que ocupa, desenvolver novos produtos e processos e projetar e implementar modelos de negócios viáveis. A hipótese defendida por Teece (2007; 2014) é a de que a excelência nessas capacidades de "orquestração" fortalece a capacidade de uma organização de inovar e captar com êxito valor suficiente para proporcionar um desempenho financeiro superior de longo prazo.

Outros aspectos que nos chamam atenção a partir da obra de Teece é que para o autor, a sustentação das capacidades dinâmicas no longo prazo pressupõe que a descentralização deve ser favorecida, pois aproximaria a alta gestão das novas tecnologias, do cliente e do mercado.

Nesse sentido, Teece (2007; 2014) defende que as habilidades de liderança da alta gestão são necessárias para sustentar as capacidades dinâmicas, contudo, tais habilidades são afetadas pelos processos, sistemas e estruturas organizacionais que a empresa criou para gerenciar seus negócios no passado. Diante disso, a manutenção de capacidades dinâmicas exige, portanto, uma gestão empreendedora.

Para o autor acima, a gestão empreendedora em questão é diferente, mas também relacionada a outras atividades gerenciais. Empreendedorismo é sobre sentir e entender oportunidades, começar as atividades e projetos e encontrar novas e melhores maneiras de executar, de resolver problemas. Trata-se de coordenar de maneira criativa a montagem de elementos díspares e usualmente co-especializados, obter "aprovações" para atividades não rotineiras e detectar

oportunidades de negócios. A gestão empreendedora pouco tem a ver com analisar (Sensing) e otimizar (Seizing). É mais sobre detecção e apreensão – é sobre descobrir a próxima grande oportunidade e como abordá-la.

É possível associar o empreendedor ao indivíduo que inicia um novo negócio, fornecendo um produto ou serviço novo ou aprimorado. Tal ação é claramente empreendedora, mas a função de gestão empreendedora incorporada em capacidades dinâmicas não se limita apenas a atividades de startups<sup>24</sup> e a atores individuais (TEECE, 2007).

Por conta deste cenário, o desenvolvimento de mecanismos de governança para apoiar a gestão empreendedora, no sentido de auxiliar o fluxo da tecnologia e proteger os direitos de propriedade intelectual contra a má utilização e uso indevido é fundamental para as capacidades dinâmicas.

Para Teece, em um primeiro nível, há questões de governança e modelo de negócios associados à (a) capacidade de uma organização de obter "combinações" e reconfiguração de seus ativos. Em segundo nível, uma outra classe de questões de governança parece estar relacionada ao (b) alinhamento de incentivos/remuneração da alta gestão aos interesses dos proprietários ou controladores das organizações. Nesse sentido, o abuso da discricionariedade e o uso de ativos corporativos para fins particulares podem ocorrer, caso não haja a responsabilização ou supervisão apropriadas (TEECE, 2007).

A título de citação, em Teece e Pisano (1994) e Teece et al. (1997), são propostos três processos organizacionais e gerenciais como elementos centrais das capacidades dinâmicas:

- (i) Coordenação / integração
- (ii) Aprendizado e
- (iii) Reconfiguração

Por fim, toda esta discussão e sistematização de conceitos aponta para a ideia de que organizações com fortes capacidades dinâmicas tem maior facilidade para construir e renovar, de forma lucrativa, recursos e ativos que

---

<sup>24</sup> Novas empresas de base tecnológica, em geral, inovadoras, com potencial exponencial de crescimento.

estão dentro e fora de seus limites aparentes, reconfigurando-os conforme necessário para inovar e dar resposta a (ou trazer) mudanças em determinado segmento e no ambiente de negócios de forma mais geral (PISANO e TEECE, 2007; TEECE, PISANO, & SHUEN, 1997).

Por outro lado, registramos aqui o esforço propositivo de Wang e Ahmed (2007) em definir os 3 vetores componentes das capacidades dinâmicas que facilitam ainda mais a sua compreensão. São eles: (i) capacidade adaptativa, (ii) absorptiva e (iii) inovativa como características comuns entre as organizações.

Para tais pesquisadores, o objetivo do trabalho em questão assentava-se em (WANG E AHMED, 2007, p.3. tradução livre deste autor) :

“(...)esclarecer a conceituação de capacidades dinâmicas e, a seguir, identificar três vetores componentes que refletem as características comuns de capacidades dinâmicas entre organizações e que podem ser adotadas e desenvolvidas em um construto de medição para pesquisas futuras.”

Estes três componentes foram definidos da seguinte forma:

- (i) **Capacidade Adaptativa:** é a capacidade da organização de: identificar e capitalizar oportunidades de mercados emergentes; ter flexibilidade estratégica de recursos e de alinhamento entre os recursos disponíveis; adaptar seu escopo de mercado e de produto para responder a oportunidades externas e responder às mudanças nas condições do mercado e de maneira rápida; encorajar as pessoas a desafiar tradições antiquadas, práticas e tradições “sagradas”, permitindo resposta rápida à mudanças no mercado e evolução igualmente veloz em resposta a mudanças em suas prioridades de negócios.
- (ii) **Capacidade Absortiva:** a capacidade de uma organização de reconhecer o valor de novas informações externas, assimilá-las e



aplicá-las ao seu negócio; capacidade de aprender com os parceiros, integrando informações externas e transformando-as em conhecimento incorporado; Esta capacidade pode ser considerada como um construto multidimensional com quatro componentes: aquisição, assimilação, transformação e exploração do conhecimento.

- (iii) **Capacidade Inovativa:** capacidade de uma organização de desenvolver novos produtos e / ou mercados, através do alinhamento da orientação estratégica inovadora com comportamentos e processos inovadores; fator crítico para a evolução e sobrevivência das organizações à luz da mudança e competição externas.

Teoricamente, os pesquisadores acima consideram que capacidade adaptativa, capacidade de absorção e capacidade inovadora são os fatores mais importantes de capacidades dinâmicas e sustentam a capacidade de uma organização de integrar, reconfigurar, renovar e recriar seus recursos e capacidades frente às mudanças externas.

Por outro lado, o estudo menciona que o desenvolvimento de capacidades dinâmicas depende do tempo. O desenvolvimento de capacidades a partir do investimento em P&D, por exemplo, não necessariamente produz efeitos imediatos de desempenho. Portanto, as organizações não deveriam reverter ou redirecionar os esforços ao primeiro sinal de falha ou mesmo quando nenhum resultado imediato for produzido. O desenvolvimento eficaz de capacidades dinâmicas parece requerer uma visão consistente de longo prazo;

A seguir, discutiremos o efeito das capacidades dinâmicas em organizações públicas, cenário que guarda particularidades em relação às organizações privadas.

#### 4.3. CAPACIDADES DINÂMICAS EM ORGANIZAÇÕES DO SETOR PÚBLICO

Dada a relevância da discussão sobre os efeitos das capacidades dinâmicas sobre as organizações no longo prazo, em termos de seu desempenho e lucratividade, a ideia nesta etapa é trazer a abordagem das Capacidades Dinâmicas para a realidade das organizações públicas.

Baseamos a premissa desse potencial benefício de transposição da abordagem das CD do mundo das organizações privadas para Organizações do Setor Público (OSP), por considerarmos que esta abordagem foi insuficientemente ou timidamente utilizada no campo da gestão pública, menos ainda no Brasil, crendo que poderá ampliar e aprimorar a compreensão ainda limitada de como estas organizações mudam ou se comportam frente às mudanças do ambiente, cada vez mais turbulentos e complexos.

Nesse sentido, defendemos que a abordagem das capacidades dinâmicas é, em princípio, aplicável à análise do comportamento organizacional no setor público. Assim como as empresas com fins lucrativos, as OSPs funcionam como uma coleção de recursos e rotinas organizacionais voltadas para o cumprimento de iniciativas políticas e prestação de serviços (PIENING, 2013). Consequentemente, entendemos que os conceitos debatidos até aqui sobre Capacidades Dinâmicas aplicam-se tanto a organizações privadas como a organizações do setor público, pois ambos os tipos de organizações se inclinam a modificar suas rotinas operacionais em busca de maior eficácia, apesar disto acontecer em tempos e contextos bastante diferentes.

Como ponto de partida para tal transposição (privado para o público), tomaremos como referência principal a revisão sistemática efetuada por Piening em 2013, em que nos fornece uma síntese da literatura existente naquele momento sobre capacidades dinâmicas em organizações públicas. O pesquisador apresenta proposição de modelo analítico que objetiva captar os antecedentes, microfundamentos e efeitos de capacidades dinâmicas em organizações públicas, e além disso, busca contribuir para futuras pesquisas sobre mudanças no setor público, o que na nossa visão se concretiza neste momento.

Essa discussão, portanto, baseia-se nas premissas de que as organizações do setor público (OSPs) são confrontadas de forma crescente, nacional e internacionalmente, por demandas variadas para se tornarem mais eficientes e efetivas, especialmente devido aos crescentes constrangimentos financeiros, ao aumento da demanda por serviços e ao estímulo à gestão relacionada ao desempenho. Particularmente, os gestores públicos têm sido desafiados a adotar práticas gerenciais e inovações do setor privado, a fim de melhorar o desempenho organizacional (PIENING, 2013; CONSTANCIO, 2013).

No entanto, apesar da aparente necessidade de mudança e aprimoramento dos planos e atividades, há um senso comum de que a implementação de novas práticas e modelos inovadores em qualquer organização é uma tarefa desafiadora, especialmente no setor público, onde os gestores devem atender à múltiplas metas e objetivos, supostamente conflitantes e impostos a eles por inúmeros e variados interessados (stakeholders) (FERNANDEZ E RAINEY, 2006; OSBORNE E BROWN, 2005; RASHMAN ET AL., 2009).

Além disso, como a pressão competitiva em termos de risco de falência ou aquisição é relativamente menor no setor público quando comparamos ao setor privado, os incentivos para uma transformação efetiva de longo prazo e alcance são, via de regra, muito baixos ou ausentes (JAS E SKELCHER, 2005). Como resultado, evidências empíricas ressaltam que muitas OSFs se debatem e lutam para se adaptar às mudanças nas condições de mercado, à medida que iniciativas de mudança como a adoção de inovações administrativas e tecnológicas, por exemplo, frequentemente perdem força na fase de implementação ou deixam de obter os benefícios pretendidos (BORINS, 2001; 2014; MCNULTY E FERLIE, 2004).

Outro ponto a ser considerado é que, entendendo que as capacidades dinâmicas são incorporadas em contextos específicos, a sua compreensão plena deve considerar esta implicação. Dessa forma, a fim de revelar como as capacidades dinâmicas operam nas OSP, torna-se necessário primeiro apresentar e discutir as principais características do setor público.

Apesar de algumas semelhanças, Piening (2013) destaca diferenças importantes que existem entre organizações do setor público e privado,

ressaltando também que não existem organizações completamente públicas ou privadas. Aliás, a ideia de que existe um “*continuum*”, que varia de um grau baixo a um grau alto, pode ser considerado para graduar o quanto a organização tem características de pública ou privada, parece fazer mais sentido (BOZEMAN, 1987). Listamos abaixo, de forma objetiva, as principais características comuns às OSPs enumeradas por Piening (2013):

- a) **Propriedade:** as empresas privadas são de propriedade de empresários ou acionistas, enquanto as organizações públicas são coletivamente detidas ou controladas por membros de comunidades políticas.
- b) **Pressões competitivas:** organizações públicas, presume-se, enfrentam pressões competitivas menos intensas do que suas contrapartes privadas.
- c) **Financiamento:** as OSP são financiadas principalmente por impostos, em vez de taxas pagas diretamente pelos clientes, o que as colocam sob controle predominante de forças políticas e não do mercado;
- d) **Objetivos / Finalidades:** Os objetivos das OSPs, como a criação de valor público ou a transparência na prestação de contas, têm sido descritos como mais múltiplos, conflitantes, vagos, intangíveis e difíceis de medir do que os das organizações privadas. Em contraste, o objetivo dominante das empresas privadas, ou seja, o lucro, é bastante claro e mensurável;
- e) **Inovação:** Devido à ausência de mecanismos de mercado, muitas vezes assume-se que as OSPs têm menos incentivo para reduções de custos, eficiência operacional e eficácia organizacional. Em suma, elas têm menos incentivo para inovar;
- f) **Grau de autonomia estratégica:** gestores públicos têm menos controle sobre a formulação e implementação da estratégia do que os seus homólogos do setor privado. O predomínio dos imperativos do governo em nível central sobre as OSP, seja por meio de auditoria ou estabelecimento de metas, combinado com o controle central dos recursos, estabelece limites para o grau de escolha estratégica disponível, quando comparados ao grau da escolha das organizações privadas.

Da lista de características de organização pública acima descrita, Piening, portanto, seleciona na Figura 1 três destas características - *a) Propriedade*, *c) Financiamento* e *f) Autonomia / Controle* – as quais teriam por si só a serventia de apontar para o quão pública é uma organização.

Exemplo interessante a ser mencionado sobre o último tópico (f) Grau de Autonomia Estratégica, remete ao que os autores da Visão Baseada em Recursos<sup>25</sup> defendem. Eles partem do pressuposto de que a diferenciação e a competitividade de uma organização se baseiam em recursos e capacidades específicos da empresa, não facilmente imitáveis (BARNEY, 1991; TEECE et al., 1997). Consequentemente, Piening (2013) destaca que as empresas devem proteger sua apropriação de forma de conhecimento por rivais, a fim de sustentar vantagens competitivas e, antagonicamente a este postulado, as OSP são encorajadas a compartilhar e difundir inovação e melhores práticas para criar valor público, esperando-se frequentemente que colaborem com outras organizações que prestam serviços semelhantes e não compitam por clientes.

Esta revisão de Piening (2013) apesar de não se pretender exaustiva e completa, fornece panorama geral sobre os trabalhos mais relevantes e recentes nesse tópico. Inicialmente, pode-se identificar que no setor público as capacidades dinâmicas foram estudadas em vários países (por exemplo, Reino Unido, Alemanha, EUA e Austrália) e contextos organizacionais também diversos, como hospitais ou outras organizações de saúde, autarquias locais e escolas públicas.

Com base na distinção entre microfundamentos, antecedentes e efeitos de capacidades dinâmicas, os principais resultados e pontos-chave desses estudos são apresentados e podem ser consultados em detalhes, a partir das tabelas e descritivos identificados por cada um dos estudos da revisão.

Abaixo damos destaque apenas aos principais impactos de capacidades dinâmicas em OSP, percebidos no estudo de Piening (2013):

---

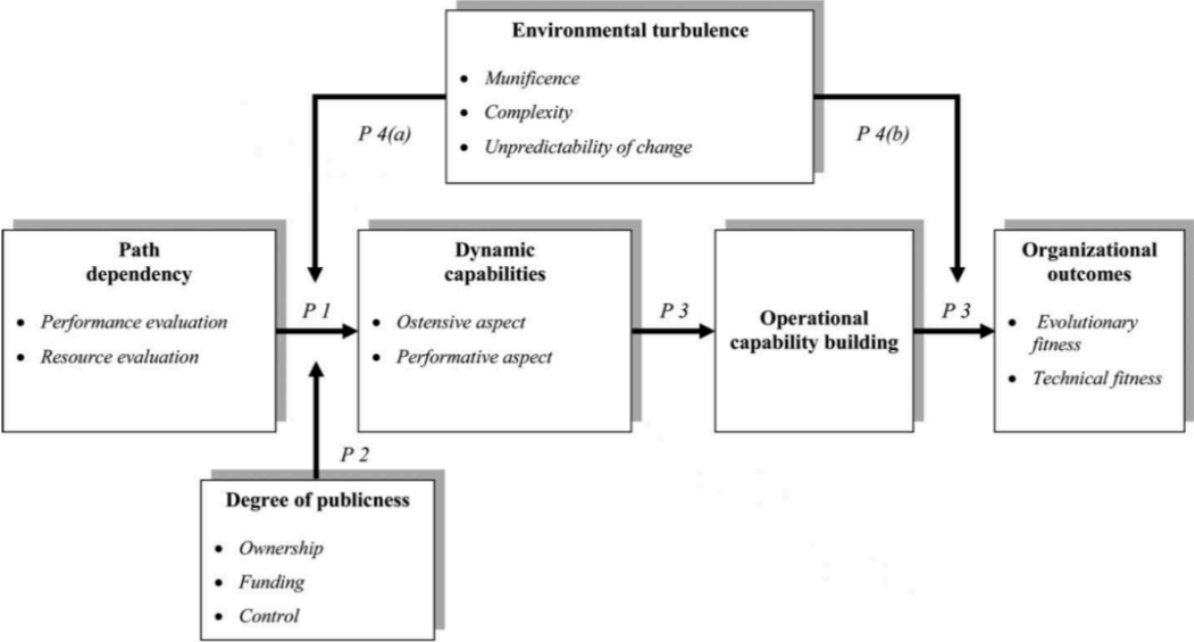
<sup>25</sup> A Visão Baseada em Recursos (VBR) ou, em inglês, Resource Based View (RBV) é uma perspectiva da estratégia, cujo modelo de desempenho tem foco nos recursos e capacidades controlados por uma empresa como fontes de vantagem competitiva (PENROSE, 1959; BARNEY, 1991).

1. Há evidências de relação direta entre diferentes capacidades dinâmicas e várias medidas de desempenho, como o (i) sucesso da terceirização do sistema de informação ou a taxa de renda per-capita e a taxa de emprego. Além disso, sugere-se que as capacidades dinâmicas, no sentido da improvisação, estão positivamente relacionadas à introdução de serviços ou inovações de produtos nos municípios estudados.
2. Por outro lado, há indícios de que as capacidades dinâmicas ampliam, modificam ou criam novas capacidades operacionais nas organizações. Por exemplo, capacidades dinâmicas permitem a adoção de novos modelos assistenciais e modelos de remuneração médica.
3. As capacidades dinâmicas também demonstraram influenciar indiretamente a eficácia das inovações de processo em hospitais (impacto no tempo médio de permanência do paciente, por exemplo), permitindo que os hospitais realizem as atividades necessárias para implementar tais inovações.
4. Outro efeito relatado foi a relação mediada entre capacidades dinâmicas e desempenho da organização com relação à adoção de inovações tecnológicas. Neste caso, a reordenação ou remodelação das capacidades levou à elevação dos níveis de satisfação do usuário e também do uso da inovação em questão, por meio de seus efeitos nas percepções dos funcionários sobre a prontidão para a mudança.
5. Efeito importante notado foi que as capacidades dinâmicas parecem guiar os processos de aprendizagem ligados à construção das capacidades da organização. Conseqüentemente, a maioria das rotinas identificadas na revisão da literatura, como a integração de conhecimentos, comunicação e as rotinas de treinamento, são aquelas que geralmente facilitam o aprendizado organizacional e o desenvolvimento das capacidades dinâmicas. Por exemplo, no contexto da adoção da inovação, tais rotinas são mostradas para permitir e motivar os funcionários a usar uma inovação de forma consistente e adequada, permitindo que as organizações públicas acumulem experiência com a inovação e, assim, estabeleçam rotinas operacionais eficazes para seu uso contínuo.

6. Aprender-fazendo (*learning-by-doing*) é considerado o processo primário através do qual as capacidades dinâmicas operam. Nesse sentido, barreiras de aprendizagem influenciam tanto como as organizações públicas se engajam em atividades de mudança organizacional, quanto como o nível de empenho de determinada organização para adotar novas soluções ou empregar capacidades dinâmicas. Estas questões parecem estar diretamente relacionadas à percepção dos gestores sobre a necessidade de mudar e tal percepção tem relação com seus objetivos, níveis de aspirações e demandas externas.

Por fim, Piening (2013) propõe modelo analítico das capacidades dinâmicas em organizações públicas, destacando quatro proposições centrais, como podemos ver abaixo na FIGURA 1:

**FIGURA 2** – Dynamic capabilities in public organizations – an analytical model<sup>26</sup>



<sup>26</sup> Piening (2013, p 233)



**Proposição 1:** Quando recursos suficientes estão disponíveis, a insatisfação com as capacidades operacionais existentes aumenta a probabilidade de as organizações públicas desenvolverem e implementarem capacidades dinâmicas.

**Proposição 2:** Quanto maior o conjunto de características de organização pública, menor a probabilidade de organizações desenvolverem e implementarem capacidades dinâmicas.

**Proposição 3:** A implantação de capacidades dinâmicas provavelmente está positivamente relacionada à adequação evolutiva e técnica das organizações públicas por meio da construção de capacidades operacionais.

**Proposição 4:** Quanto maior a turbulência ambiental, maior a probabilidade de que organizações públicas (a) invistam em capacidades dinâmicas e (b) se beneficiem de ter capacidades dinâmicas.

Destacamos abaixo as principais conclusões desta revisão, relacionadas a esta tese:

- As capacidades dinâmicas não podem ser compradas no mercado, mas precisam ser construídas internamente pela organização através do acúmulo de experiência.
- Os gestores públicos podem fomentar o desenvolvimento de capacidades dinâmicas alocando recursos para atividades de pesquisa e ensino ou incentivando o compartilhamento de conhecimento entre os funcionários;
- A alta rotatividade entre os gestores públicos foi identificada como um grande obstáculo à implementação de inovações em OSP;
- Embora as capacidades dinâmicas sejam executadas por membros individuais da organização, elas devem ser vistas como um nível superior aos indivíduos, supra indivíduos, uma espécie de repositório do conhecimento e de soluções de problemas das organizações. O conhecimento incorporado nas rotinas de capacidades dinâmicas deve estar acessível a outros membros da organização, independentemente de indivíduos deixarem a organização.

- Pesquisas futuras podem empregar medidas de desempenho multidimensionais que captem simultaneamente a contribuição de capacidades dinâmicas para a eficácia e a eficiência organizacional.

A ideia de discutir e analisar as Capacidades Dinâmicas em Organizações Públicas pressupõe adicionar as características e elementos típicos deste cenário, pois como dito acima, é necessário trazer à tona o contexto em que as CD se inserem. Após o encadeamento entre CD e OSPs, adicionamos outros elementos à discussão de capacidades Dinâmicas.

#### 4.4. ELEMENTOS ADICIONAIS EM CAPACIDADES DINÂMICAS

##### CAPACIDADE DE MOBILIZAÇÃO

Adicionalmente à discussão conceitual de CD e sua aplicação em organizações públicas, trazemos para o conjunto dos referenciais teóricos a proposta de Tondolo e colaboradores (2018) de modelo de mensuração de capacidades dinâmicas, numa visão direcionada para organizações do terceiro setor, a qual, nos inspirou na construção no referencial teórico.

Como descrevemos acima, além da vantagem competitiva sustentada que toda a organização busca, seja ela pública ou privada, a abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD) se propõe também a analisar e explicar como o desenvolvimento contínuo dos recursos e das capacidades organizacionais pode ter relação com o desempenho organizacional (TEECE, D. J.; PISANO, G., 1994; TONDOLO et al, 2018);

Para Tondolo et al (2018), a respeito do desenvolvimento contínuo dos recursos e das capacidades organizacionais:

*“Esse aspecto abre oportunidades para empregar a abordagem das Capacidades Dinâmicas em outros contextos organizacionais, entre eles o do Terceiro Setor”*

E ainda adiciona:

*“Cabe destacar, que mesmo sem atuar em uma lógica da vantagem competitiva, uma vez que o lucro não é o resultado fim, as organizações do Terceiro Setor também estão inseridas em ambientes em que é preciso atuar de forma empreendedora e se adaptar às mudanças continuamente. Principalmente porque há crescimento na quantidade de organizações sociais, mas a oferta de recursos não cresce na mesma proporção, assim estimulando as organizações a se adaptarem as novas demandas exigidas na busca de recursos.” (TONDOLO, et al, 2018 apud KHIENG, 2014):*

Para dar conta das especificidades do terceiro setor, Tondolo et al (2018) compreenderam as Capacidades Dinâmicas como:

*“a habilidade das organizações do Terceiro Setor em adaptar continuamente sua base de recursos e de capacidades frente às mudanças impostas pelo ambiente externo, de forma empreendedora, com vistas à manutenção, ampliação e inovação dos seus projetos, ações e áreas de atuação social.”*

A partir disso, propuseram o instrumento de mensuração citado acima, sistematizando dimensões que caracterizam mais precisamente a abordagem das CD.

Além da proposta original de Wang e Ahmed (2007) em estabelecer os 3 vetores componentes das capacidades dinâmicas (capacidade adaptativa, capacidade absorviva e capacidade inovativa) como características comuns entre as organizações que desenvolvem as capacidades dinâmicas, Tondolo et al (2018), de forma complementar, propõem considerar a capacidade

mobilizadora (mobilização de recursos) como uma capacidade adicional e relevante para aferir as CD.

Dessa forma, para estes últimos autores, a capacidade mobilizadora pode ser definida como:

*“a capacidade da organização social em mobilizar e articular os recursos em função dos projetos sociais que esse tipo de organização implementa”,*

Ou seja, defendem que:

*(...) a mobilização dos recursos tem a capacidade de obter recursos externos, via capital social organizacional, os quais também podem ser compartilhados entre essas organizações, complementando a base de recursos e de capacidades essenciais para o desenvolvimento e implementação dos projetos sociais.”*

Para Tondolo e colaboradores (2018), a capacidade de mobilização das organizações tem a ver com a sua habilidade de manter-se ao longo do tempo, é algo central para a sua sustentabilidade e atende às dimensões estratégica e empreendedora (proativa) da mobilização de recursos e sua implementação nas organizações.

## CAPACIDADE DIGITAL

Organizações contemporâneas têm sofrido importante mudança em seus modelos operacionais e estratégicos em resposta ao dinamismo ambiental e,

especificamente, por conta das inovações digitais que se apresentam ao mercado com variedade e velocidade cada vez maiores. É possível notar que as organizações têm digitalizado cada vez mais suas operações e processos em busca de obterem melhor desempenho e resultados, processo considerado irreversível por especialistas e que tem sido chamado de “transformação digital”.

Sendo mais específico, a transformação digital também pode ser definida como “o uso de novas tecnologias digitais, como tecnologias móveis (mobile), inteligência artificial, nuvem (cloud), blockchain e Internet das coisas (IoT) para permitir grandes melhorias em negócios, para ampliar e melhorar a experiência do cliente, simplificar operações ou criar novos modelos de negócios (WARNER e WÄGER, 2019).

Os apontamentos de Warner e Wäger (2019) revelam que a transformação digital é um processo contínuo de uso de novas tecnologias digitais no cotidiano organizacional, que reconhece a agilidade como o mecanismo central para a renovação estratégica:

- (a) do modelo de negócios
- (b) da abordagem colaborativa e, finalmente
- (c) da cultura de uma organização.

Toda esta dinâmica parece ter implicações importantes para a organização, no sentido do alinhamento entre as estratégias de negócio e as estratégias digitais ou de tecnologia, a fim de haver fusão entre elas na forma de estratégia digital (YEOW, 2017).

Por outro lado, o dinamismo ambiental cada vez mais intenso também contribui para que as organizações tenham dificuldades para articular integralmente suas estratégias digitais. O dinamismo e a complexidade do ambiente de negócios e tecnologia sugerem que a estratégia digital deva ser emergente, interativa e influenciada pelo desenvolvimento e evolução das capacidades organizacionais (YEOW, 2017; GALLIERS, 2011).

Nessa mesma direção, Kohli e Melville (2018) acreditam que as organizações estão sob crescente pressão para aplicar tecnologias digitais com a finalidade de renovar e transformar seus modelos de negócios, mas ao mesmo tempo, não estão prontas para responder às tendências digitais, havendo uma assincronia entre estas demandas no mercado e as capacidades organizacionais para responder a altura.

Para estes últimos autores, a inovação digital envolve:

- 1) atividades de iniciação (gatilhos, identificação de oportunidades, tomada de decisão);
- 2) desenvolvimento (projetar, desenvolver, adotar);
- 3) implementação (instalação, manutenção, treinamento, incentivos) e
- 4) exploração (maximizar retornos, alavancar sistemas existentes / dados para novos propósitos).

Desse modo, o componente digital das capacidades dinâmicas de uma organização contemporânea parece ocupar papel relevante quando se pensa nas transformações velozes dos modelos de negócio e também quando levamos em conta as pressões advindas do ambiente externo, a fim de que as organizações se mantenham sustentáveis e viáveis. A este vetor das capacidades dinâmicas, damos o nome de Capacidade Digital.

**Capacidade Digital** pode ser definida como a capacidade da organização de utilizar ferramentas digitais com a finalidade de renovar e transformar seu modelo de negócios, seja com aplicações no modelo de gestão, seja com aplicações para o aprimoramento da experiência e do relacionamento com a clientela desejada.

Dando continuidade aos elementos teóricos do trabalho, as linhas a seguir nos ajudarão a conhecer e entender os fatores que levam determinadas políticas públicas a serem exitosas ou a falharem diante de cenários adversos ou ambiente externo em rápida mudança.

#### 4.5. ÊXITO E FRACASSO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Allan McConnell (2010) levanta discussão original e interessante sobre os fatores que levam políticas públicas a terem sucesso ou a fracassarem. No artigo “*Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between*”, ele estabelece quadro (*framework*) de análise com algumas categorias que poderiam ajudar-nos a capturar os grupos de resultados que indicam o quão bem-sucedida ou malsucedida foi a política.

O autor revisa a literatura existente sobre avaliação e melhoria de políticas, valor público, boas práticas, estratégia política e sucesso e fracasso de políticas, a fim de identificar o que pode ser construído e as lacunas que precisam ser preenchidas.

No artigo, McConnell (2010) define a política pública como tendo três grandes domínios: (a) processos, (b) programas e (c) política. Nesse sentido, haveria uma graduação entre o fracasso e sucesso de determinada política, a qual é definida nos seguintes espectros: sucesso, sucesso resiliente, sucesso conflituoso, sucesso precário e fracasso.

Esta abordagem justifica-se, segundo o autor, por diferentes fatores pouco explorados até então pelos cientistas políticos a respeito das políticas públicas, dos quais destacamos:

- (1) a literatura sobre avaliação e melhoria de políticas públicas deve contribuir para o aprimoramento da sociedade. Uma política bem-sucedida é aquela que corrige os desequilíbrios de poder, reduz as desigualdades e envolve as partes interessadas na formulação de metas políticas e na avaliação dos resultados.
- (2) existe o conceito de valor público que se baseia no preenchimento de três pontos: (i) produção de produtos ou serviços de valor para os clientes e partes interessadas (ii) legitimidade em poder atrair recursos e autoridade do ambiente de regulação política e (iii) ser operacional e administrativamente viável;

- (3) um grupo de publicações trabalha com a ideia de boas práticas no processo de formulação e gestão de políticas. No entanto, o termo sucesso está praticamente ausente na discussão do processo, apesar da implicação ser ampla e clara. Um processo bem desenhado ou bem-sucedido resulta em programas de políticas públicas viáveis e bem-sucedidos.
- (4) trabalhos sobre os aspectos políticos da política pública mostram implicações para o que constitui sucesso político. Programas de políticas públicas podem ajudar ou frustrar líderes e governos na busca de suas agendas e aspirações.
- (5) o tratamento explícito do sucesso da política pública é ainda marginal. Erroneamente, o sucesso parece existir em todas as políticas, exceto naquelas em que o fracasso é evidente.
- (6) há uma extensa literatura sobre o fracasso, incluindo fiascos de políticas públicas, escândalos, crises e desastres. No entanto, os debates via de regra espelham aqueles que lidam com aspectos de sucesso e suas variações.

Desse modo, três vertentes da política pública passam a ser aprofundadas no artigo, no sentido de compreender diferentes dimensões da política pública, além de entendermos as maneiras pelas quais o sucesso e o fracasso podem se manifestar dentro delas.

Assim, McConnell (2010) caracteriza as três dimensões como:

- (a) **Processo:** é o meio pelo qual as sociedades poderiam e deveriam fazer escolhas coletivas no interesse público, por exemplo: o envolvimento deliberativo, o desenho de políticas, a resolução de controvérsias, a resolução de problemas e o ciclo de políticas.
- (b) **Programa:** é o que os governos ou seus representantes executam. Eles dão forma concreta às intenções generalizadas das declarações da



política pública. Por exemplo, a política de saúde envolve dezenas de programas que tratam de diversas áreas, desde a assistência pré-natal, passando pela medicina preventiva até os cuidados paliativos e a morte. Os programas combinam de diferentes maneiras os recursos e ferramentas básicas do governo - leis, pessoal público, gastos públicos, incentivos fiscais e exportação.

- (c) **Política:** As escolhas dos gestores e / ou do governo (incluindo o timing das decisões e o simbolismo de determinadas formas de ação ou inação) têm consequências para a reputação e as perspectivas eleitorais dos políticos e sua capacidade de gerenciar agendas políticas. Os governos fazem política e podem ser bem-sucedidos e / ou malsucedidos nesse campo.

Diante da qualificação destas 3 dimensões, surge uma definição para o sucesso global de uma política pública (McConnell, 2010 – tradução livre deste autor):

*“Uma política é bem-sucedida se atingir as metas que os proponentes estabeleceram e se não atrai críticas de qualquer ordem e / ou se o apoio obtido é praticamente total.”*

E continua:

*“Alocar políticas em categorias específicas envolve julgamento, em vez de precisão científica. O julgamento é necessário porque os resultados das políticas nem sempre são claros. Resultados divergentes podem ocorrer dentro de um domínio particular ou pode haver resultados diferentes ao*

*longo do processo, do programa e das dimensões políticas da política pública. O resultado é que uma política pode ter muito mais sucesso em um domínio do que em outro. De fato, muitas vezes há uma compensação para os formuladores de políticas entre estes três domínios de política que, às vezes, se sentem desconfortavelmente lado a lado. Esforçar-se pelo sucesso em um dos domínios pode significar sacrificar, intencionalmente ou por falta de previsão, o sucesso em outro. Tais trocas e tensões estão no centro da dinâmica da política pública.”*

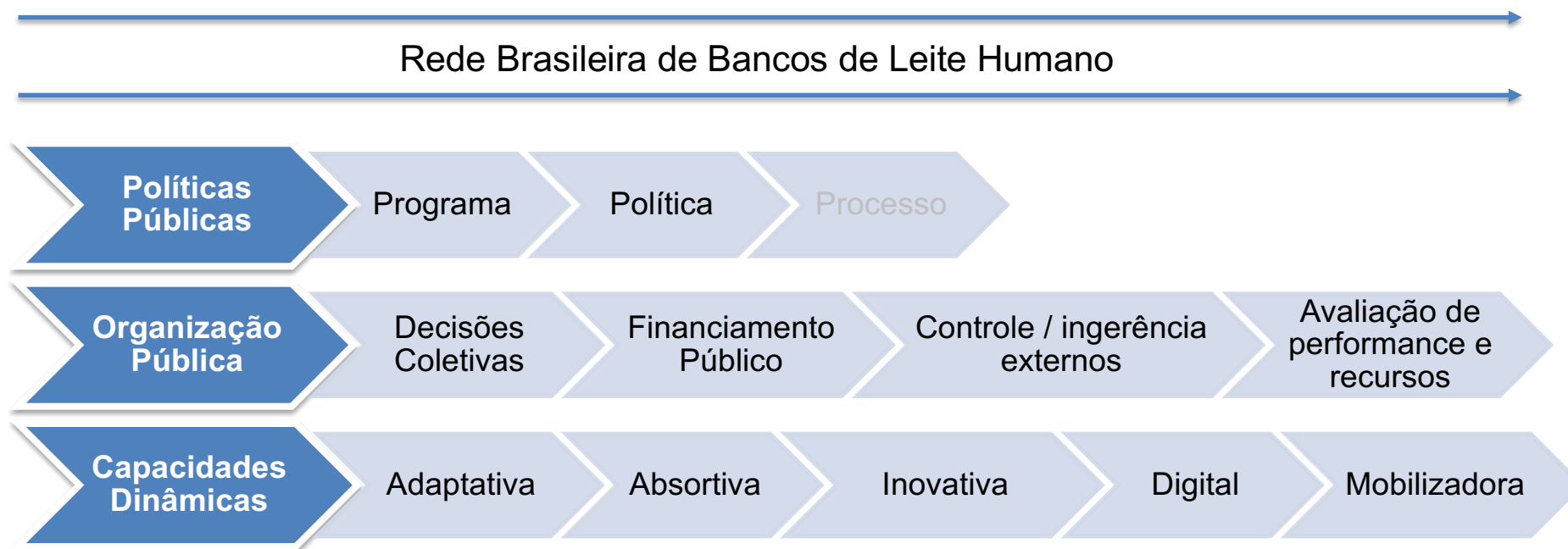
Desse modo, é possível também qualificar o que seria o sucesso separadamente para cada uma das 3 dimensões listadas, como podemos ver abaixo (MCCONNELL, 2010):

- O sucesso do processo repousa, antes de tudo, na preservação das metas e instrumentos políticos de governo. Por exemplo, emendas a uma lei do governo podem facilitar a realização de seus objetivos em vez de agir como uma barreira. Em segundo lugar, há legitimidade por meio da aceitação geral de que a política foi produzida por meios que são procedimentos legais e normais, como a consulta a partes interessadas.
- O sucesso do programa ocorre quando a medida adotada pelo governo, incluindo a não ação, produz os resultados desejados pelo governo. A satisfação de critérios valorizados em uma determinada comunidade política também é uma medida de sucesso, por exemplo, eficiência no orçamento público ou sigilo sobre questões de segurança nacional.
- O sucesso político é o clímax desejado pelas elites políticas. Um resultado de políticas que fornecem benefícios políticos significativos e não há problemas significativos para serem comentados, significa o aumento da reputação do governo, seus líderes e suas perspectivas eleitorais. Um

marcador final do sucesso político é ajudar a manter os valores gerais ou status de um governo.

Por fim, apresentamos a seguir a Figura 2, que se propõe a consolidar visualmente os 3 principais eixos de análise, cada qual evidenciando elementos do arcabouço teórico discutido até aqui, envolvendo as capacidades dinâmicas, questões ligadas à organizações do setor público e à políticas públicas.

**FIGURA 3** – Vetores de Capacidades dinâmicas, organizações públicas e políticas públicas na RBLH-BR<sup>27</sup>



<sup>27</sup> A categoria Processos não foi incluída nesta análise, pois não houve oitiva das representações sociais no escopo do estudo. A categoria foi mantida como vetor para não desconsiderá-la no conjunto dos elementos de políticas públicas.

Entendemos, portanto, que os elementos acima discutidos, representam arcabouço teórico robusto e multidimensional para analisar a RBLH-BR como uma política pública de saúde, a partir da abordagem das capacidades dinâmicas. Trataremos a seguir dos aspectos e procedimentos metodológicos.

## 5. ASPECTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Esta é uma proposta de estudo de caso, com perspectivas exploratórias e abordagem híbrida no que se refere a elementos qualitativos e quantitativos. Segundo Yin (2001, p.27):

*“o estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas”.*

Uma das medidas para o desenvolvimento deste projeto é o aprofundamento dos estudos em termos da eficácia das políticas de saúde em questão, assim como das dinâmicas de posicionamento estratégico da RBLH-BR no campo do Aleitamento Materno e da Doação de Leite Humano.

Este trabalho se caracteriza como um estudo de caso, por buscar em profundidade dados de uma realidade local. Para Yin (2001), o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto. Segundo este autor, deve-se lançar mão desta estratégia sempre que os efeitos atribuídos ao contexto de implantação de um programa ou política sejam difíceis de diferenciar dos seus efeitos isoladamente.

O principal benefício que vemos em utilizar o estudo de caso é poder detectar e aprofundar a análise de questões que dificilmente seriam captadas apenas por estudos quantitativos e ou em em larga escala. Ou seja, estudos de caso podem iluminar aspectos outros e atingir resultados que os grandes

estudos estritamente quantitativos não teriam condições (MINAYO, 2005; CONSTANCIO, 2012; 2016).

Por outro lado, o estudo de caso pode ficar limitado ao estudo de experiências de conteúdo subjetivo e local, mesmo que em profundidade, que tipicamente quando conduzido em pequena escala, em geral, não terá resultado aplicável aos macro-ambientes. Por isso, optamos por adicionar ao estudo abordagem híbrida de pesquisa que desse conta de captar adicionalmente, de forma objetiva e quantificável, a visão dos gestores que também foram entrevistados de maneira aberta, o que será apresentado mais adiante.

Para isso, tomamos como referencial metodológico para a abordagem qualitativa e triangulação de métodos parte da obra da pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo sobre Pesquisa Qualitativa em Saúde (2005; 2009; 2010).

Minayo em seu livro “O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde (2010) adiciona questões importantes sobre abordagens qualitativas em pesquisa social e em saúde, apontando para a impossibilidade de reduzirmos a cientificidade a uma só forma de conhecer, pois:

*“ela pré-contem, por assim dizer, diversas maneiras concretas e potenciais de realização.”*

Nesse sentido, a autora, discorrendo sobre as características históricas do objeto das ciências sociais, afirma que:

*“(..) pode-se dizer que a sociedade e os indivíduos têm consciência histórica. Ou seja, não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade dão significado e intencionalidade e interpretam suas ações e construções. As instituições e estruturas nada mais são do que ações humanas objetivadas. De acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, criam-se **visões***

**de mundo** (grifo do autor), com nuances e diferenciações relacionadas às condições de vida e às heranças culturais.”

E continua:

*“Na investigação social, porém, a relação entre o sujeito investigador e o investigado é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. O reconhecimento dessa contingência é uma condição sine qua non da pesquisa, que, uma vez compreendida, pode ter como fruto investimentos radicais no processo de investigação (DEMO, 1981) do conhecimento. Isto é, cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto, como de seus próprios procedimentos.”*

Para a autora, o método qualitativo pode ser definido como:

*“(..) o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.”*

A respeito do método quantitativo, Fonseca (2002) se posiciona:



*“Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.”*

E o autor continua corroborando a discussão da combinação de métodos no trecho a seguir:

*“A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.”*

Indo além desta última citação, concordamos com Minayo (2003; 2010) e Gurvitch (1955) que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, no entanto, pode ser beneficiado e complementado em sua análise e entendimento por abordagens quantitativas e objetivas (e vice-versa), também importantes no percurso sistemático de entendimento e descoberta das variadas camadas da complexa realidade.

Nesse sentido, a combinação de métodos qualitativos e quantitativos pode até suscitar a discussão de potenciais contradições e consensos, no entanto, a visão de que ambos podem conduzir a resultados importantes e complementares sobre a realidade social, enfraquece a tendência de atribuir-se

prioridade de um método sobre o outro. Os quadros 1 e 2 ilustram e comparam características e potencialidades entre os métodos aqui mencionados.

**QUADRO 1** - Comparação dos aspectos da pesquisa qualitativa com os da pesquisa quantitativa <sup>28</sup>

<b>ASPECTO</b>	<b>PESQUISA QUANTITATIVA</b>	<b>PESQUISA QUALITATIVA</b>
Enfoque na interpretação do objeto	menor	maior
Importância do contexto do objeto pesquisado	menor	maior
Proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados	menor	maior
Alcance do estudo no tempo	instantâneo	intervalo maior
Quantidade de fontes de dados	uma	várias
Ponto de vista do pesquisador	externo à organização	interno à organização
Quadro teórico e hipóteses	definidas rigorosamente	menos estruturadas

<sup>28</sup> Fonseca (2002).

**QUADRO 2** - Comparação entre o método quantitativo e o método qualitativo<sup>29</sup>

<b>PESQUISA QUANTITATIVA</b>	<b>PESQUISA QUALITATIVA</b>
Focaliza uma quantidade pequena de conceitos	Tenta compreender a totalidade do fenômeno, mais do que focalizar conceitos específicos
Inicia com ideias preconcebidas do modo pelo qual os conceitos estão relacionados	Possui poucas ideias preconcebidas e salienta a importância das interpretações dos eventos mais do que a interpretação do pesquisador
Utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coleta de dados	Coleta dados sem instrumentos formais e estruturados
Coleta os dados mediante condições de controle	Não tenta controlar o contexto da pesquisa, e, sim, captar o contexto na totalidade
Enfatiza a objetividade, na coleta e análise dos dados	Enfatiza o subjetivo como meio de compreender e interpretar as experiências
Analisa os dados numéricos através de procedimentos estatísticos	Analisa as informações narradas de uma forma organizada, mas intuitiva

<sup>29</sup> Silveira e Córdova (2009) a partir de Polit et al. (2004).

Ainda nesta discussão e com foco nos aspectos qualitativos, adicionalmente, Rodrigues (2008) também deixa contribuição importante no artigo "Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais". Esta matriz propõe quatro vertentes para observarmos e analisarmos políticas públicas, quais sejam: (1) Análise de conteúdo do programa. (2) Análise de contexto da formulação da política e (3) Trajetória institucional de um programa; (4) Espectro temporal e territorial.

A proposta de Rodrigues (p.7, 2008) é motivada pela constatação da insuficiência dos modelos clássicos de análise e da necessidade cada vez mais premente de se realizarem pesquisas que considerem o contexto social, econômico, político e cultural, bem como a importância da análise institucional, das relações de poder, dos interesses e valores que permeiam os processos de formulação e implementação dessas políticas.

## 5.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Por outro lado, Zulmira Hartz (2006) descreve a evolução dos estágios da avaliação em saúde. A primeira geração seria o momento em que o avaliador é essencialmente um técnico que estuda fenômenos com o uso de instrumentos. No segundo estágio os estudos passam a se colocar a serviço da avaliação a partir da identificação e descrição de programas, compreensão de estruturas, forças e fragilidades com a intenção de atingir resultados e emitir recomendações.

Em seguida, como a autora sistematizou:

*“Nesse terceiro estágio predominam a função de “julgamento”, como competência fundamental do avaliador, a institucionalização das práticas avaliativas e a emergência das iniciativas de profissionalização, como campo de conhecimento distinto, evidenciadas pelo número crescente das publicações específicas, a emergência das*

*associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade. A passagem da segunda à terceira geração se justificava, sobretudo, por duas lacunas: apreciavam apenas os alcances dos objetivos ex-post, sem questioná-los em seu valor e relevância, não observando, portanto, as lacunas dos programas”.*

Analisar serviços de saúde com a lógica da abordagem das Capacidades Dinâmicas, como mencionado acima, pode se inserir no que Guba & Lincoln (1989) classificam como um quarto estágio ou quarta geração da avaliação. Nesse estágio são negociadas entre os atores envolvidos nas intervenções avaliadas as possibilidades de trabalhar, por exemplo, dimensões pedagógicas, gerenciais ou de conquista de direitos de cidadania, levando em conta os seus distintos interesses de maneira mais democrática. Contandriopoulos et al. (1997) ressaltam que são os interessados que dão sua forma particular em um dado momento e em um contexto específico, podendo ter cada um dos atores seus próprios objetivos em relação à intervenção e sua avaliação.

Numa perspectiva posterior, Hartz (2009) classifica a metodologia que lançamos mão neste estudo como uma quinta geração da avaliação em saúde, explicando o seu significado a partir da referência a Baron e Monnier (2003):

*“A quinta geração combina as anteriores, mas implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação; esta abordagem, como as demais, se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a melhor compreender os próprios problemas e possibilidades de modificá-los”*

Esses autores, em artigo chamado *“Une approche pluraliste et participative: Coproduire l'évaluation avec la société civile”*, ilustram a evolução das gerações da avaliação, como podemos ver no Quadro 3 (tradução adaptada).

**QUADRO 3 - Gerações da Avaliação**<sup>30</sup>

<b>GERAÇÃO</b>	<b>TIPO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>QUEM DECIDE O CONTEÚDO DA AVALIAÇÃO</b>	<b>QUEM IMPULSIONA O TRABALHO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>QUEM PRODUZ O JULGAMENTO FINAL</b>
<b>1ª, 2ª e 3ª</b>	Administrativa	Administração responsável pela gestão		A equipe de avaliação
<b>4ª (A)</b>	Co-produção	Autoridades públicas (eleitos ou administração)	Gestores + operadores	A equipe de avaliação
<b>4ª (B)</b>	Pluralista	Autoridades públicas (eleitos ou administração)	Autoridades públicas + sociedade civil + (operadores)	
<b>5ª</b>	Emancipatória	Sociedade civil		

<sup>30</sup> Tradução adaptada de Baron e Monnier (2003)

Desse modo, levando em conta os aspectos do estudo de caso, das pesquisas qualitativa e quantitativa, bem como dos referenciais do campo da avaliação em saúde, avançamos para a construção das categorias de análise deste trabalho.

### 5.3. CATEGORIAS DE ANÁLISE

Com a finalidade de construir categorias analíticas robustas e que permitissem de fato analisar a visão de gestores da RBLH-BR sobre os fatores atribuídos ao desempenho positivo da própria RBLH-BR, buscamos nos referenciais teóricos discutidos na seção anterior a representação dos principais elementos que descrevessem tal arcabouço. O Quadro 4 elenca as categorias selecionadas para análise deste estudo.



**QUADRO 4** - Categorias de análise Capacidades Dinâmicas e aspectos complementares

Categoria / Aspecto complementar	Significado	Referências bibliográficas	Pergunta discursiva relacionada	O significado foi abordado pelo entrevistado?	Fala do entrevistado relacionada às categorias
1	<b>Perfil</b>	Caracterização do entrevistado quanto a idade, sexo, experiência no cargo, formação, região de atuação;			
2	<b>Capacidade Adaptativa</b>	A capacidade adaptativa se refere à habilidade organizacional de se manter flexível frente às demandas do ambiente; comportamento proativo da organização; capacidade da gestão das organizações em se adaptar frente às demandas do ambiente;	1;2;3;4;5		
3	<b>Capacidade Absortiva</b>	habilidade organizacional de se apropriar de aprendizados e informações transformando em conhecimento específico da própria organização; capacidades das organizações em assimilar e explorar o conhecimento do ambiente; Aprendizagem Organizacional, gestão do conhecimento, inovação e capital intelectual	1;2;3;		
4	<b>Capacidade Inovativa</b>	habilidade organizacional de introduzir novos produtos no mercado, ou abrir novos mercados, por meio da combinação de orientação estratégica com processos e comportamentos inovativos; alinhamento	1;2;3;8;9;		

		com a “orientação estratégica inovativa” ; comportamentos inovador e empreendedor das organizações; habilidade das organizações em implementar estratégias inovadoras	TONDOLO et al., 2018;			
5	<b>Capacidade Digital</b>	Transformação do modelo de atuação pelo uso de ferramentas digitais; estratégia digital como comunicação, aproximação e relacionamento com os beneficiados;	YEOW, A. 2017; KOHLI e MELVILLE, 2018; WARNER e WÄGER, 2019;	1;2;3;8;9;		
6	<b>Capacidade Mobilizadora</b>	a capacidade da organização social em mobilizar e articular os recursos em função dos projetos sociais que esse tipo de organização implementa; obter recursos externos, via capital social organizacional; não se limita à captação de recursos, mas a habilidade da organização em se manter ao longo do tempo; Sustentabilidade; é responsável por articular e implementar os recursos nos processos organizacionais; ressalta a perspectiva estratégica e empreendedora da mobilização de recursos.	TONDOLO et al., 2018; THORNTON et al., 2014;	1;2;3;7;9		
7	<b>Capacidade Programática</b>	A capacidade das organizações de concretamente combinar os recursos disponíveis e as ferramentas de gestão.	MCCONNELL, 2010;	1;2;3;5;9;		
8	<b>Capacidade Política</b>	Capacidade da organização de atrair e mobilizar atores políticos por conta de questões eleitorais e de reputação	MCCONNELL, 2010;	1;2;3;9;		

9	<b>Capacidade de replicação</b>	Capacidade de replicação do modelo exitoso em outras políticas públicas de saúde;		1;2;3;5;10;		
10	<b>Cultura da Avaliação (Path Dependence)</b>	Capacidade de envolver os gestores nos processos de avaliação para maior compreensão e aprendizado de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais;	PIENING, 2013;	1;2;3;5		
11	<b>Características de Organização Pública</b>	As decisões são tomadas coletivamente; O financiamento dos projetos é público; existe interferência política externa na tomada das decisões e condução das atividades;	PIENING, 2013; YEOW, A. 2017; KOHLI e MELVILLE, 2018; WARNER e WÄGER, 2019;	1;2;3;		
12	<b>Êxito da política pública</b>	A política pública recebe apoio e suporte praticamente universais; Críticas são quase inexistentes; Os benefícios para o público alvo e políticos são notáveis;	MCCONNELL, 2010;	1;2;3;5;9;		

Como é possível notar, a elaboração do quadro das categorias de análise levou em conta trabalhos e estudos sobre inovação, inovação organizacional, conceitos de capacidades dinâmicas aplicadas ao setor filantrópico, capacidades dinâmicas em organizações públicas, aspectos das capacidades digitais em organizações e outros tópicos ligados ao porquê do sucesso das políticas públicas como um todo.

Considerando todos estes aspectos metodológicos, podemos afirmar que o trabalho em tela, portanto, trata-se de um estudo de caso de uma rede temática em saúde, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, multiplicada posteriormente em 23 países, rede esta que desde a sua origem está vinculada à Fundação Oswaldo Cruz, órgão ligado ao Ministério da Saúde do Brasil. Esta rede é fruto de uma construção de mais de 34 anos de políticas públicas de saúde e foi criada em 1985 a partir do lançamento da Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), com o objetivo de impactar positivamente os altos índices de mortalidade infantil no Brasil naquela ocasião.

Nesse sentido, tomamos como objeto de estudo para o desenvolvimento deste trabalho a visão dos gestores da RBLH-BR a respeito das questões relacionadas ao desempenho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, que neste momento possui 223 unidades de Bancos de Leite Humano em atividade no Brasil.

Escolhemos a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano por algumas questões que merecem ser listadas. Como já discutimos, a RBLH-BR é composta por centenas de unidades assistenciais que em seu conjunto e individualmente têm demonstrado resultados expressivos em termos de efetividade de políticas públicas de saúde, diferenciando-se da média das ações de organizações públicas de saúde, quando observa-se resultados e perenidade das iniciativas. Este fato instiga-nos a estudar quais os elementos que deram ao conjunto da obra o status nacional e internacional de programa reconhecidamente eficaz.

Outro motivo de escolha que merece registro é o fato de existir familiaridade e proximidade do pesquisador principal deste trabalho com a coordenação da RBLH-BR, por conta de atuação profissional comum no IFF/Fiocruz. Esta proximidade, embora a partir de processos de trabalho

distintos, pois o pesquisador atua profissionalmente em outra área, facilitou a observação direta sobre a trajetória da rede.

Se por um lado este fato facilita a interação com as lideranças da RBLH-BR, por outro, também denota grau notório de implicação deste doutorando com o tema e também com as pessoas da organização estudada.

Por ser constituída de unidades assistenciais – os Bancos de Leite Humano - em sua maioria ligadas a instituições públicas e sem fins lucrativos, ou seja, organizações que vivenciam dificuldades e limites característicos do setor público, esta rede parece ter desenvolvido um *modus operandis* efetivo e inovador no campo gerencial e estratégico para alcançar os resultados desejados, tendo como característica uma forma horizontalizada de relacionamentos sociais, base que parece alavancar as trocas e a sinergia entre si. É bastante comum nessa rede, que os atores, organizações e outros interessados envolvidos tomem as decisões estratégicas coletivamente sobre os rumos que a RBLH-BR terá em seu futuro.

Isso traz com maior facilidade para o centro das discussões, em comparação com redes e organizações privadas ramificadas ou de mercado, questões que envolvem a visão destas unidades isoladamente – que também agem e de fato são parte desta rede - sobre a atuação, posicionamento ou a respeito da incorporação de novas tecnologias no contexto da doação, do processamento e distribuição do leite humano, por exemplo. Alia-se a isso o fato de que os principais interesses dos Ministérios de Saúde dos países envolvidos nessa discussão residem na preservação desse “benefício gratuito” que é o Leite Humano e na ampliação da cobertura oferecida aos RN em UTIs, havendo, portanto, pouca resistência de acesso à tecnologias comprovadamente benéficas à saúde das pessoas.

De maneira geral, as pressões comerciais que incidem sobre as iniciativas para ampliação da doação de leite humano e aleitamento materno são de diferentes naturezas, mas parecem interferir na maneira como as mães e doadoras percebem o seu papel na base desta organização. Isto se dá de forma semelhante a outras práticas pró-consumo de mercado, no sentido da geração de demanda e interesse por opções de amamentação e nutrição industrializadas, via de regra, sem avaliações adequadas sobre o benefício para o RN ou lactente.

Além disso, outro fato que nos chama a atenção é que por essas características citadas já poderíamos dizer que a RBLH-BR reproduz para outros países, de maneira evidente, os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) como a participação social, equidade e a universalidade. Este tópico do diálogo entre saúde e cooperação internacional tem sido estudado por outros pesquisadores, no sentido de elucidar os motivos que levaram o Brasil a expandir internacionalmente seu modelo de bancos de leite humano nos últimos anos (PITTAS e DRI, 2017; ESTEVES et al, 2016; ABDENUR, 2015).

Entretanto, a partir das informações obtidas da RBLH-BR e as já geradas pelo andamento do estudo, as dificuldades estruturais encontradas para enfrentar estas pressões nacional e globalmente e consolidar a adoção do modelo brasileiro de bancos de leite humano, acompanhando o cenário de saúde no Brasil, têm sido muito elevadas nos últimos anos e tendem a continuar em crescimento, o que requer uma análise criteriosa de todos os fatores que impactam nesta situação e a adoção de ações que visem à conciliação das ações estratégicas com efetividade da assistência.

As informações colhidas até o momento indicam a dificuldade desta rede em beneficiar-se perenemente de ações governamentais estruturantes que se prestem a garantir a manutenção e expansão dos valores fundamentais para a prática universal do aleitamento materno e da doação do leite humano. Iniciativas inovadoras ainda parecem depender do protagonismo de atores ou instituições isoladamente, o que torna ainda mais complexo o enfrentamento às pressões da indústria de fórmulas e equipamentos, além de algumas sociedades e associações profissionais com forte viés corporativo.

Ao longo dos últimos anos, por exemplo, diante da crise político-financeira enfrentada pelo Brasil, houve uma diminuição drástica do volume de recursos financeiros destinados às ações desta rede no Brasil. Esta redução se deu em torno de 39% considerando os últimos 5 anos (2013-2018)<sup>31</sup> e isto pode ter tido impacto significativo nas ações de manutenção, educação e suporte à rede.

Levando em conta esses argumentos, temos a intenção de elucidar os aspectos existentes em relação à organização e articulação da rede de bancos

---

<sup>31</sup> Fonte: NGI RBLH-BR

de leite no ambiente nacional, a partir dos elementos postos pela abordagem das Capacidades Dinâmicas e aspectos complementares.

Por outro lado, pretende-se com os resultados desse estudo oferecer subsídios técnicos para os gestores de políticas públicas de saúde incrementarem a articulação das estratégias de oferta de cuidados, tornando-as mais efetivas que as atuais.

Este estudo tem caráter exploratório, documental, levando em conta a trajetória da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para analisar a visão de gestores em termos de resultados de políticas públicas de saúde, levando em consideração a abordagem das Capacidades Dinâmicas e questões do campo da avaliação de políticas públicas. O estudo referenciou-se até o momento nas informações fornecidas pelo Núcleo de Informações da RBLH-BR, pelo Departamento de Planejamento do IFF, pela Secretaria Executiva da Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano e também em consultas realizadas ao site oficial da RBLH-BR.

Outra fonte importante de informações é a diversidade de publicações sobre os avanços e resultados alcançados pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano no Brasil e no mundo. Estas publicações trazem consigo tanto aspectos científicos como questões sobre a construção histórica deste emaranhado colaborativo de instituições.

Como dito acima, um dos instrumentos de escolha para a realização da coleta dos dados é a pesquisa documental, que é realizada em documentos arquivados em locais públicos ou privados, como registros, anais, comunicações informais, editais, dentre outros. Podem ser utilizadas fontes de dados ainda não tratadas analiticamente por outros autores, sendo as mesmas subdivididas em: a) fontes de primeira mão (conservadas em arquivos ou pessoais, por exemplo) e; b) fontes de segunda mão (relatórios empresariais ou de pesquisa e dados estatísticos, por exemplo). Tais documentos devem ser representativos da temática que se deseja analisar (GIL, 1996; VERGARA, 2000; LOPES, 2018).

Para dar conta deste trabalho, lançaremos mão dos seguintes procedimentos:

- Realizar pesquisa documental ampla em relatórios de reuniões, missões internacionais, documentos oficiais e publicações científicas;
- *Survey*<sup>32</sup> (Tabela 5) com gestores de unidades da RBLH-BR, a partir de roteiro estruturado de questões, para identificação da relação do *modus operandis* da RBLH-BR com seus resultados e do perfil dos gestores de BLH;
- Analisar qualitativa e comparativamente a RBLH-BR frente aos resultados quantitativos do *Survey*.

#### 5.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os artigos utilizados neste trabalho foram recuperados a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Scopus, Web of Science e na Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizando os seguintes descritores: “Capacidades Dinâmicas”, Banco de Leite Humano”, “Serviços de Saúde”, “Inovação na Gestão”, “Setor Público”, “Avaliação de Políticas Públicas” e “Sucesso da Política Pública” e os termos “*Dynamic Capabilities*”, “*Human Milk Bank*”, “*Health Services*”, “*Innovation in management*”, “*Public sector*”, “*Policy Evaluation*” e “*Policy Success*” para busca em inglês, entre os meses de fevereiro de 2018 a maio de 2019. A busca forneceu 721 referências únicas, das quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados os resumos de 87 artigos e utilizados neste trabalho 43 artigos oriundos desta busca. Documentos e publicações oficiais, estatísticas e relatórios relacionados ao tema Banco de Leite Humano, Amamentação e doação de Leite Humano foram obtidos por meio de busca nos sítios eletrônicos oficiais da RBLH-BR, IFF/Fiocruz e Ministérios da Saúde.

Como resultado, apresentam-se dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro, um roteiro semiestruturado de questões, qualitativo e aberto (TABELA 4), e o segundo quantitativo<sup>33</sup>, objetivo e fechado (TABELAS 5 e 6), composto por 43 questões distribuídas em 12 dimensões, conforme podemos observar nas tabelas abaixo.

---

<sup>32</sup> A pesquisa *survey* é um tipo de investigação quantitativa. Ela pode ser definida como uma forma de coletar dados e informações a partir de características e opiniões de grupos de indivíduos.

<sup>33</sup> Tomou-se como referência para a elaboração do instrumento o trabalho de Tondolo et al (2018),



#### **TABELA 4 – Roteiro semiestruturado de questões**

1. Conte-me como tudo começou. Como o tema aleitamento materno entrou na sua vida?
2. Na sua visão, o que diferencia uma unidade de BLH de outros serviços de saúde?
3. Na sua visão, o que levou o modelo brasileiro de BLH a se perpetuar no cenário nacional e internacional como uma estratégia de saúde pública de legítimo sucesso?
4. Como se dá a adaptação e aperfeiçoamento do modelo brasileiro frente às necessidades e realidades locais ao longo do tempo?
5. Na sua visão, quais são os fatores responsáveis pela consolidação da RBLH-BR ?
6. A que você atribui a capacidade de mobilização político-social da RBLH-BR, considerando os variados atores políticos em nível local e nacional ao longo do tempo?
7. A que você atribui a capacidade da RBLH-BR de atrair pessoas, parceiros e financiamento?
8. A que você atribui a capacidade criativa e inovativa da r-BLH-BR para solucionar ou contornar os problemas do cotidiano?
9. Na sua visão, como a RBLH-BR consegue entregar valor para a sociedade no que faz? Qual o maior valor?
10. Na sua visão, é possível replicar o modelo exitoso da RBLH-BR em outras áreas da saúde pública? Como?
11. Qual a questão que a RBLH-BR ainda não conseguiu resolver nesses 34 anos? Por que?
12. Você gostaria de fazer algum comentário adicional?

**TABELA 5 – Correlação entre Categorias de Análise e Questões objetivas (survey)**

Categoria de Análise		Questões objetivas
1	Perfil do entrevistado	Sou do sexo (Feminino, masculino, prefiro não opinar)
		A minha idade é (em anos)
		Atuo na rBLH como:
		A minha experiência em BLH é de (em anos)
		A minha experiência como gestor(a) na rBLH é de
		Atuo na região ((Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste, Sul, âmbito nacional)
		A minha formação é em (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Administração, outros)
2	Capacidade Adaptativa	O modelo brasileiro de BLH encoraja as pessoas (funcionários e ou colaboradores) a aprimorem a sua prática
		O modelo brasileiro de BLH é flexível o suficiente para responder à realidade e necessidades locais
		O modelo brasileiro de BLH adapta continuamente produtos e serviços às necessidades da clientela
		No modelo brasileiro de BLH as melhorias e ajustes no modelo são de responsabilidade do centro de referência nacional
		Na rBLH-BR o uso, adaptação e desenvolvimento de novas tecnologias teve papel central na consolidação do modelo brasileiro
3	Capacidade Absortiva	No modelo brasileiro de BLH a experiência das unidades é levada em conta para respostas e ajustes progressivos
		O modelo brasileiro de BLH preza por transformar o conhecimento para o uso e aplicação prática nas unidades
		Em nosso BLH compartilhamos informação, bens, dicas, experiências e conhecimento com outras organizações e parceiros.
		A rBLH-BR favorece a divulgação de experiências internas exitosas para o compartilhamento do conhecimento
4	Capacidade Inovativa	Em nosso BLH investimos na capacidade das pessoas de se apropriar e colocar em prática as inovações geradas
		O meu BLH é um multiplicador das ideias e práticas permeadas pela rBLH-BR ao longo dos anos
		Em nosso BLH continuamente buscamos trabalhar com parceiros que possam contribuir para novas possibilidades de atuação.
		A busca dos profissionais em transformar a sua prática é fator central para o crescimento da rBLH-BR
5	Capacidade Digital	O comportamento criativo e inovador das pessoas na rBLH-BR teve papel central na consolidação do modelo brasileiro
		Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para renovar e transformar o modelo de atuação
6	Capacidade Mobilizadora	Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para aprimorar o relacionamento com nossos clientes
		A rBLH-BR adota estratégias de comunicação em larga escala para contornar barreiras impostas e beneficiar sua clientela
		O modelo brasileiro de BLH tem a sociedade como um de seus principais clientes, foco de comunicação e relacionamento constantes
		A capacidade de atrair e manter financiamentos extra-orçamentários teve papel central na construção da rBLH-BR ao longo dos anos
7	Capacidade Programática	O modelo brasileiro de BLH é capaz de mobilizar pessoas, instituições e recursos porque entrega resultados concretos para sua clientela
		O modelo brasileiro de BLH é operacional e administrativamente factível e viável
		As ações de capacitação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da rBLH-BR são capazes de impactar as unidades no seu dia a dia
8	Capacidade Política	O modelo brasileiro de BLH preza por resolver questões práticas em favor da qualidade e da clínica do bebê
		Na minha opinião, a rBLH-BR envolve todos os atores necessários na elaboração de seus objetivos e avaliação de seus resultados
9	Capacidade de replicação	A rBLH-BR tem a capacidade de estabelecer relações entre pessoas e instituições com base na confiança e reciprocidade de interesses
		Na minha opinião, é possível replicar o modelo de sucesso da rBLH em outras políticas públicas de saúde

**TABELA 6 – Correlação entre Aspectos Complementares e Questões objetivas**

Aspectos complementares		Questões objetivas
10	Cultura de Avaliação (Path Dependence)	Em nosso BLH os gestores se engajam nos processos de avaliação
		Em nosso BLH os gestores têm percepção dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis para a ação
		Na minha opinião, a construção da rBLH-BR não seguiu um planejamento pré-definido, ela é o resultado ainda inacabado de adaptações e melhorias contínuas
11	Características de Organização Pública	Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é público
		Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é privado
		Em nosso BLH há interferência política externa na tomada das decisões e condução das atividades
		Em nosso BLH as decisões são tomadas coletivamente
12	Êxito da Política Pública	O modelo brasileiro de BLH recebe apoio e suporte praticamente universais
		As críticas e a resistência ao modelo brasileiro de BLH são quase inexistentes
		O modelo brasileiro de BLH tem a capacidade de gerar benefícios para grupos alvo ou atores políticos

Portanto, o estudo de caso em questão foi baseado na análise de dados qualitativos e quantitativos, de caráter exploratório e documental, sendo desenvolvido a partir de questionários semi-estruturado e estruturado com gestores da RBLH-BR no Brasil, pesquisa e análise de publicações e relatórios oficiais, além de revisão bibliográfica endereçada aos principais elementos teóricos.

## 5.5. VALIDAÇÃO E TESTES

A fase exploratória da investigação em tela compreendeu tanto a construção do projeto, como os procedimentos e testes para entrada em campo. Nesse caso, tratamos da escolha do tópico de investigação, da delimitação do problema, da definição do objeto e dos objetivos, a construção das premissas, da elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2010).

Com a finalidade de testar, estruturar e aperfeiçoar os instrumentos da pesquisa, bem como a abordagem de campo junto aos gestores, considerando expressões, linguagem e códigos adequados, lançamos mão da Técnica Delphi para interação com o comitê de especialistas que se voluntariou a validar e avaliar a pertinência da pesquisa e de seus instrumentos. Esta técnica foi retratada por Minayo (2009) como:

*“(...) uma estratégia para estruturar o aperfeiçoamento de instrumentos de pesquisa ou dos resultados das análises. Geralmente, para participar, são convocados pesquisadores ou especialistas no assunto. Muito utilizada nas pesquisas avaliativas, essa técnica pode apresentar-se de várias formas. É o caso de um grupo de especialistas que se reúne para ler, criticar e sugerir sobre determinado material anteriormente preparado, com a finalidade de refinar,*

*adequar e dar qualidade ao que foi construído por um pequeno grupo ou por uma pessoa.”*

E continua:

*“O uso mais comum da técnica Delphi, no entanto, tem sido mais individualizado. Um grupo de pesquisa ou um pesquisador elabora um texto, contendo um conjunto de indicadores que julga serem fundamentais para determinada avaliação e compartilha sua versão preliminar com os melhores especialistas sobre o assunto. O demandante pede a colaboração para leitura e crítica, dando aos colaboradores um prazo para correção, acréscimos e supressões. Ao receber as respostas, cabe ao pesquisador ou ao grupo de investigação a incorporação das sugestões e a síntese das contribuições. Essa técnica tem um valor fundamental para validação tanto de instrumentos como de resultados de investigação. A base da técnica Delphi é o reconhecimento da superioridade do juízo de pessoas experientes em relação ao juízo individual ou de um pequeno grupo.”*

Desse modo, o projeto de pesquisa, seus referenciais teóricos, metodologia e instrumentos foram submetidos a análise de um grupo de 9 (nove) especialistas no tema em questão, todos ligados ao IFF/Fiocruz e à Secretaria Executiva da RBLH-BR, entre eles 5 (cinco) doutores em áreas correlatas. Por meio de reuniões presenciais, telefônicas e via web os especialistas puderam transmitir seus pareceres, sugestões e avaliações. Estes pontos foram tabulados, analisados, incorporados ou não à pesquisa, a partir do julgamento da pertinência e viabilidade. Esta etapa teve a duração de 7 semanas.

Após as avaliações seriadas, houve a percepção clara do pesquisador principal deste estudo que a contribuição gerada foi relevante e decisiva para a qualificação da pesquisa e seus instrumentos, bem como para o melhor andamento da etapa posterior, a pesquisa de campo com os gestores.

## 5.6. DEFINIÇÃO DO GRUPO ALVO E APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A etapa seguinte foi definir o grupo alvo de gestores que atenderiam a proposta em termos de vivência, contribuições e amplitude de visão da RBLH-BR em sua trajetória e propósitos estratégicos.

Com o apoio do mesmo comitê de especialistas tomou-se a opção por definir como universo da pesquisa o grupo de coordenadores de Centro de Referência Estadual (CRE), considerando que a experiência em dirigir um BLH de referência, que apoia matricialmente outro grupo de BLHs da mesma região, os credenciaria a compartilhar visão mais próxima e ampla da realidade que buscávamos conhecer. Adicionalmente, incluímos também no universo da pesquisa, o grupo de fundadores da rede que ainda estavam em atividade, pois teriam consigo a propriedade e autoridade em compartilhar os fatos e visões mais destacados sobre a RBLH-BR desde a sua origem.

Definido o universo da pesquisa, a etapa seguinte foi contactar por email e telefone os gestores dos Bancos de Leite Humano que atuam também como Centros de Referência Estaduais (CRE), além de fundadores da RBLH-BR que também fizeram parte do universo da pesquisa, como mencionado.

Todos os participantes concordaram com sua participação, mediante aceite eletrônico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identidade e dados pessoais foram por completo preservados neste estudo, atendendo à questões de sigilo e confidencialidade previstos na legislação.

Ao todo, foram contactados 31 (trinta e uma) pessoas: 28 (vinte e oito) gestores de CRR e 3 (três) fundadores da RBLH-BR. Destes, 19 (dezenove) foram entrevistados neste estudo, o que corresponde a uma amostra de 61% do universo possível de entrevistados.

No total, 12 (doze) gestores do grupo alvo não foram entrevistados. Recorremos a estes em até três oportunidades diferentes, por meios diferentes, mas não foi possível agendar a entrevista. O principal motivo da não adesão é desconhecido, pois não houve retorno ao email, contato telefônico ou mensagem eletrônica de 8 (oito) dos gestores contactados. O segundo maior motivo de não adesão à pesquisa foi a indisponibilidade imediata de agenda para a entrevista, indicado ou demonstrado por 3(três) dos contactados. O terceiro motivo identificado foi a não adesão à proposta da pesquisa, considerando alinhamentos institucionais divergentes. Esta posição foi externada com clareza apenas por 1(um) dos gestores contactados.

As entrevistas foram realizadas eletronicamente, via web ou por telefone e levaram em média 40 minutos, gerando cerca de 13 horas de material em áudio. As entrevistas foram gravadas eletronicamente em arquivo de áudio, sendo mantidas de forma anônima, mediante numeração seriada. Todas as entrevistas foram transcritas e verificadas em sua autenticidade antes da etapa de análise ter sido iniciada.

A entrevista consistiu em duas etapas: (1) entrevista com roteiro semi-estruturado de questões abertas (Tabela 4), o qual permitiu ao entrevistado a oportunidade de considerar e dissertar sobre os assuntos que julgasse pertinentes.

Imediatamente em seguida, foi aplicado (2) questionário objetivo com perguntas fechadas, utilizando a Escala de Likert (1932) de 7 pontos, com 1 para discordo totalmente e 7 para concordo totalmente (FIGURA 4), como proposto por Tondolo et al (2018). Estas etapas em conjunto tiveram a duração total aproximada de 8 semanas.

**FIGURA 4** – Escala de Likert

Discordo Fortemente				Concordo Fortemente		
1	2	3	4	5	6	7

Na etapa seguinte foram analisadas as entrevistas realizadas com os gestores. As informações coletadas foram tratadas a partir de uma matriz de análise para facilitar a visualização das categorias selecionadas (Quadro 4).

Tomamos como objeto de estudo para o desenvolvimento deste trabalho as questões relacionadas a visão dos gestores da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano a respeito dos fatores responsáveis pelo sucesso da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, na perspectiva de uma política pública de saúde.

Para isso, foi realizada a seleção de publicações relacionadas às palavras-chave elencadas, em bases científicas nacionais e internacionais, e, a partir desse arcabouço, elencadas categorias para análise do material gerado nas entrevistas.

Para a realização da coleta de dados com gestores de BLH (Survey – Tabela 5), tomou-se como principal referência o instrumento de mensuração proposto por Tondolo e colaboradores (2018), o qual foi adaptado e acrescido de outras dimensões de análise (PIENING, 2013; YEOW, A. 2017; KOHLI e MELVILLE, 2018; WARNER e WÄGER, 2019) julgadas pertinentes ao contexto da pesquisa.

As categorias que direcionaram a construção das questões para mensuração e análise das capacidades dinâmicas e aspectos complementares estão relacionadas no Quadro 4.

Aspecto metodológico importante é que os gestores tiveram sua participação na pesquisa objetiva registrada via questionário eletrônico (online), utilizando a ferramenta gratuita *Google Forms*<sup>34</sup>. A ferramenta digital, além de registrar as respostas individualmente, também gerou automaticamente os gráficos, consolidando os resultados totais. Todos os resultados foram submetidos à dupla checagem para verificação da congruência dos resultados. Da mesma forma, questões ligadas ao termo de consentimento foram apresentadas no momento do questionário eletrônico.

Além disso, como já mencionado, foi realizada análise documental de um conjunto adicional de textos que versam sobre a estratégia, trajetória e

---

<sup>34</sup> <https://www.google.com/forms/about/>



desempenho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR). Por esta lógica, tentaremos analisar o caso da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como um caso (YIN, 2001) que merece ser entendido e, possivelmente, multiplicado.

## 6. RESULTADOS

Como descrito nos capítulos anteriores, o trabalho proposto teve como foco central de interesse conhecer e analisar, a partir da ótica das Capacidades Dinâmicas, a visão de gestores da RBLH-BR sobre os principais fatores que levaram ao relevante desenvolvimento e desempenho desta organização nacional e internacionalmente como uma política pública de saúde, mesmo em meio ao cenário adverso, característico de países em desenvolvimento.

Descortinaram-se, portanto, os principais elementos relacionados às transformações que produzem efeito positivo para a sociedade, segundo a visão dos gestores. Identificamos também se as principais características deste modelo poderiam ser replicadas para outras políticas públicas de saúde.

Os resultados também alcançaram os objetivos específicos do trabalho, listados abaixo:

- (i) Identificamos os principais fatores associados ao bom desempenho de uma política pública de saúde:
- (ii) Entrevistamos gestores da RBLH-BH e de Centros de Referência Estadual (CRE) de BLH;
- (iii) Mapeamos oportunidades de melhoria para a própria RBLH-BR a partir das reflexões a respeito da visão dos seus gestores;
- (iv) Levantamos o perfil destes gestores e;
- (v) Elencamos os pontos-chave replicáveis em outras políticas públicas de saúde no Brasil.

Desse modo, apresentamos abaixo os resultados obtidos a partir das entrevistas com os gestores da RBLH-BR. A primeira etapa refere-se às entrevistas realizadas com roteiro semi-estruturado (Tabela 4) e, logo após, a segunda etapa com as questões do roteiro estruturado (Tabelas 5 e 6), que identificaram a visão dos gestores a respeito dos fatores que levaram o modelo

da RBLH-BR a desempenhar papel de destaque nos cenários nacional e internacional, com vistas ao entendimento pleno, aperfeiçoamento e eventual replicação de escopo organizacional exitoso para questões de políticas públicas de saúde brasileiras. Nesse sentido, a abordagem das capacidades dinâmicas e aspectos de avaliação de políticas públicas forneceram elementos para tal observação e análise.

Objetivamente, identificamos com este estudo aspectos ligados às seguintes áreas:

- (i) os principais fatores associados ao bom desempenho de uma política pública de saúde,
- (ii) oportunidades de melhoria para a própria RBLH-BR a partir das reflexões em cima da visão dos seus gestores sobre o tema,
- (iii) o perfil dos gestores e
- (iv) pontos-chave replicáveis em outras políticas públicas de saúde no Brasil.

O quadro abaixo sintetiza o resultado das entrevistas realizadas com os gestores da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a partir de roteiro semiestruturado.

De posse das transcrições das entrevistas, duplamente checadas, foram identificados os trechos nas falas dos entrevistados que preenchiam as categorias de análise plena ou parcialmente. Estes trechos foram sistematizados em quadro extenso (a partir do QUADRO 4), de forma a serem utilizados no capítulo da discussão os principais fragmentos da entrevista.

Importante dizer que não temos aqui a pretensão de expor todos os trechos relacionados a cada uma das categorias de análise, extraídos das dezenove transcrições, considerando que ocupariam extensão significativa destas páginas.

Os áudios completos, bem como as transcrições das entrevistas encontram-se devidamente armazenados, conforme legislação competente. No entanto, a título de exemplificação do método, separamos um fragmento alusivo a cada uma das categorias analisadas. Veja a seguir:

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A4** que ilustra a categoria **Capacidade Adaptativa**:

*A4 - "Justamente por ser essa construção, uma construção coletiva, (...) ela se dá porque em determinado momento, uma ação, uma técnica, um procedimento pode não estar sendo tão efetiva em determinado lugar e aí todos daquela unidade buscam formas de melhorar (...) então com essa busca encontra-se direcionamentos melhores pra determinada ação, pra determinada atividade, pra determinada técnica, procedimento (...) e nessa busca por conhecer mais, por aprender e fazer melhor, a gente tem conseguido modificar a rede, atualizar (...) nos adaptar diante das dificuldades"*

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A1** que ilustra a categoria **Capacidade Absortiva**:

*A1 - "O processo de aprendizado é essa troca de conhecimento, eu sempre vivenciei isso das pessoas no começo das pessoas ligarem ou escreverem pro banco de leite, os cursos, essa troca durante os cursos de processamento, que eram apenas presenciais, as trocas entre os bancos de leite sempre quando alguém tinha uma nova realidade ou se deparava num processo diferenciado, se trocava e se discutia".*

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A3** que ilustra a categoria **Capacidade Inovativa**:

A3 - "(...) nós somos motivados a sair dessa zona de conforto, que na realidade é isso que a Rede Brasil faz. Ela todo santo dia nos tira da zona de conforto pra tentar ousar mais, inovar mais. Então, esse desafio constante nos permite ousar. E nessas ousadias surgem inovações". / "(...) nós trabalhamos com os alunos, então esses alunos acabam trazendo, inovando com tecnologia, criam aplicativos pra alguma coisa, o outro da engenharia cria um termostato e isso vai criando e dando esse volume pra Rede Brasil".

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A6** que ilustra a categoria **Capacidade Digital**:

A6 - "Uma coisa que eu percebo assim na rede que trouxe inovação que foi muito importante, antes a gente fazia uns cursos de processamento só presenciais e isso demandava muito tempo das equipes, né? Que ficavam uma semana por conta desse curso e acho que a Rede trouxe uma inovação muito grande, a rede de ensino, quando colocou os cursos online".

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A2** que ilustra a categoria **Capacidade Mobilizadora**:

A2 - "Eu acredito que todo mundo que trabalha na rede é apaixonado pelo que faz. Então a gente consegue falar mais do que dados técnicos, a gente consegue falar do que a gente gosta e isso acaba transparecendo também pra brigar pelo financiamento, por conseguir recursos pra conseguir

*colocar em prática as políticas públicas que são trazidas pra gente e que são cobradas. Então, isso acaba ajudando a trazer o financiamento também."*

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A7** que ilustra a categoria **Capacidade Programática:**

A7 - "Eu acho que é a inserção que os responsáveis pela Rede têm na nossa própria sede e que isso, essa força que eles conseguem, essas normativas que eles conseguem, isso acaba disseminando pros outros estados e a própria ação do aleitamento materno, quando bem esclarecida, já é um motivador regional".

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A12** que ilustra a categoria **Capacidade Política:**

A12 - (...) nas Cartas, os congressos começaram a fazer as Cartas e ali nas Cartas nós dizíamos a nossa necessidade e (...) o João Aprígio apresentava pro ministro, até fazia o convite através de eventos, onde todos assinavam. Eu acho que é essa corresponsabilidade mesmo com esses diversos segmentos da sociedade e isso também elevou o padrão de conhecimento mesmo da rede e de comprometimento, né? É de comprometimento político".

- Trecho da fala do **Entrevistado(a) A17** que ilustra a categoria **Capacidade Replicação:**

*A17 - "(...) possível é, o fato é o seguinte (...), só um exemplo aqui que me ocorre, rapidamente. Esse sistema que tá sendo desenvolvido pra fazer avaliação de infraestrutura e equipamentos dos bancos de leite (...) isso pode ser usado em qualquer área submetida a vigilância sanitária. (...) então são coisas que estão sendo desenvolvidas pra rede, mas que têm uma importância absurda para essas outras áreas e é simplesmente, vamos dizer assim, adaptar o modelo e óbvio que tem particularidades lá que precisam ser observadas, mas o princípio..."*

Desse modo, ilustrada acima a forma de captação da visão dos entrevistados, bem como a congruência de alguns dos trechos das mesmas com as categorias de análise, optamos por utilizar símbolos para dar maior visibilidade aos resultados que atestam a presença, a presença parcial ou a ausência de cada uma das categorias de análise nas falas dos entrevistados. No nosso entendimento, o modelo visual sintético visa facilitar a apresentação de um resultado geral da análise das entrevistas, como pode ser visto na próxima página.

Na Tabela 1, desse modo, é possível observar a distribuição das categorias pelos entrevistados, além da totalização em número e em percentual da presença das categorias nas falas tanto por categoria, quanto por entrevistado (neste último apenas em número).

TABELA 7 – Síntese do resultado da análise das entrevistas por categorias de análise

Categoria de Análise	Presença do significado da categoria na fala do(a) entrevistado(a)																				Total	Percentual
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19			
Capacidade Adaptativa	•	•	•	•	•	•	/	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•18	94,74%
Capacidade Absortiva	•	•	•	•	•	•	○	•	/	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 17	89,47%
Capacidade Inovativa	•	•	•	•	○	•	○	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 17	89,47%
Capacidade Digital	•	•	•	○	•	•	•	/	/	•	•	•	○	○	•	○	•	•	•	•	• 13	68,42%
Capacidade Mobilizadora	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 19	100,00%
Capacidade Programática	•	•	•	•	•	•	○	•	/	/	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 16	84,21%
Capacidade Política	•	•	•	•	•	•	/	•	•	○	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 17	89,47%
Capacidade de replicação	○	•	•	•	•	•	•	○	•	•	•	•	•	•	•	○	•	○	•	•	• 15	78,95%
<b>Total</b>	•7	•8	•8	•7	•7	•8	•3	•6	•5	•6	•8	•8	•7	•7	•8	•6	•8	•7	•8			

Legendas: [• Presença] [/ Presença Parcial] [○ Ausência]



Nota-se, portanto, que as categorias com maior presença nas falas dos entrevistados foram Capacidade Mobilizadora (100%) e Capacidade Adaptativa (94,74%). Por outro lado, as categorias com menor presença nas falas dos entrevistados foram Capacidade Digital (68,42%) e Capacidade de Replicação (78,95%).

Em faixa intermediária, encontramos as categorias: Capacidade Absortiva (89,47%), Capacidade Inovativa (89,47%), Capacidade Política (89,47%) e Capacidade Programática (84,21%).

Por outro ponto de vista, podemos notar que 8 dos 19 entrevistados preencheram as categorias plenamente em suas falas (A2, A3, A6, A11, A12, A15, A17 e A19). Em contraposição, os entrevistados A7 e A9 foram os que menos abordaram as categorias observadas em seus discursos. Em faixa intermediária estão 9 entrevistados (A1, A4, A5, A8, A10, A13, A14, A16, A18).

Como já mencionado no capítulo de aspectos e procedimentos metodológicos, a entrevista com os gestores consistiu em duas etapas: (1) entrevista com roteiro semi-estruturado e com perguntas abertas e (2) questionário objetivo com perguntas fechadas, utilizando a Escala de Likert (1932) de 7 pontos, com 1 para discordo totalmente e 7 para concordo totalmente.

Em seguida, apresentamos os resultados obtidos com as perguntas objetivas também aplicadas aos gestores entrevistados, como forma de complementar a etapa anterior e extrair a visão dos mesmos em níveis mais específicos em termos de detalhes.

Ressaltamos que todas as perguntas eram facultativas, exceto a relacionada ao TCLE, que condicionava o seguimento ou não à pesquisa. Todos os participantes deram o aceite à participação.

Por outro lado, em algumas questões, poderemos perceber a variação do número de respostas, pois a mesma era facultativa. Por exemplo, nota-se que nas questões 4 e 10 houve um total de 18 respostas registradas, das 19 possíveis.

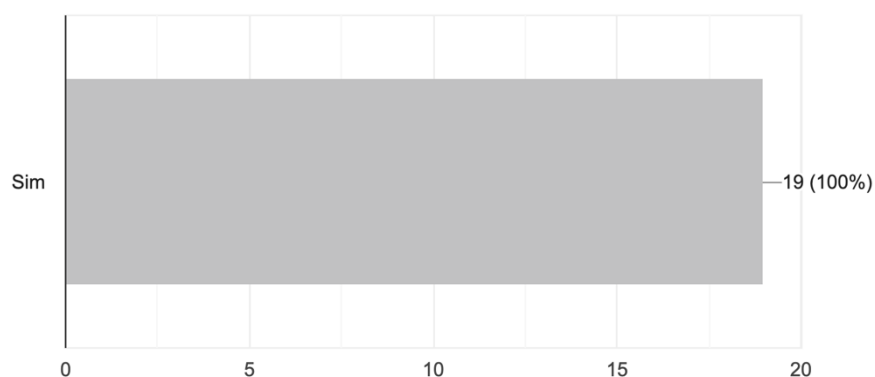
Os primeiros 8 gráficos tratam do aceite ao TCLE e do perfil dos entrevistados por sexo, idade, formação, experiência em BLH, como gestor de BLH e por área de atuação. Os demais gráficos tratam das Capacidades

Dinâmicas e aspectos complementares relacionados ao campo da avaliação de políticas públicas, conforme apresentado acima nas Tabelas 5 e 6. Seguem abaixo os gráficos gerados a partir das respostas dos entrevistados.

### Gráfico 3 – Aceite do TCLE

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento e autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa eletrônica.

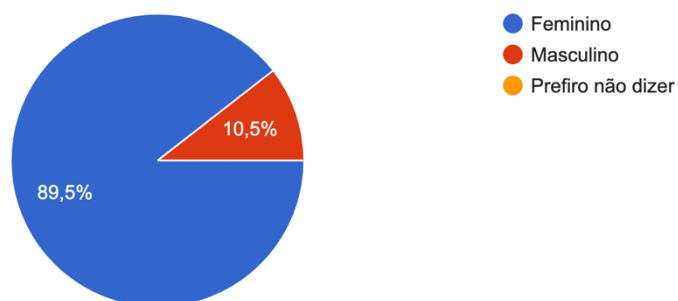
19 respostas



## 6.1. GRÁFICOS RELACIONADOS AO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

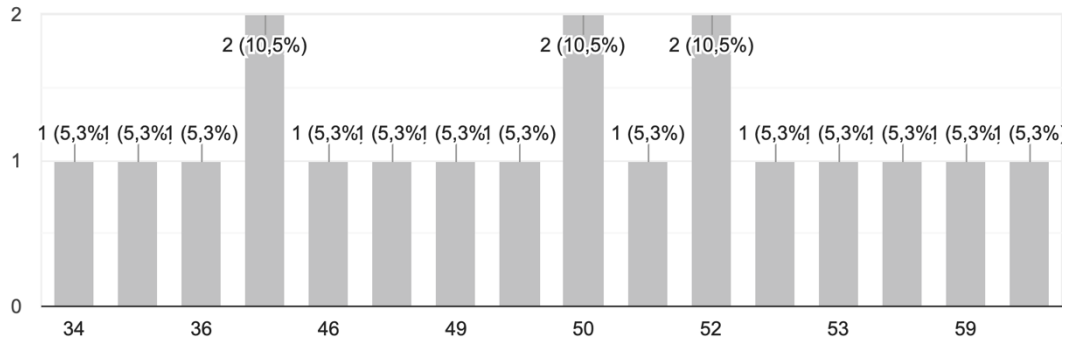
### Gráfico 4 – Perfil dos entrevistados por Sexo

19 respostas



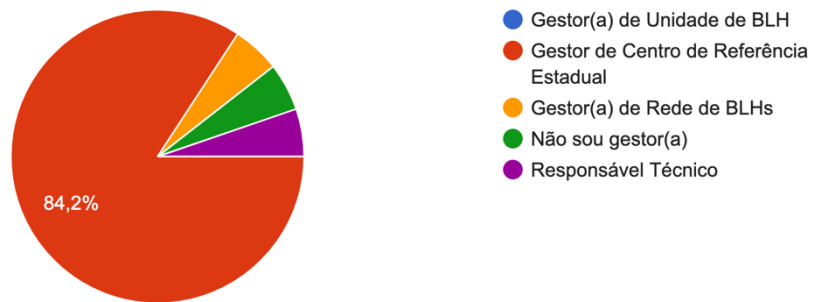
### Gráfico 5 – Perfil dos entrevistados por idade

19 respostas



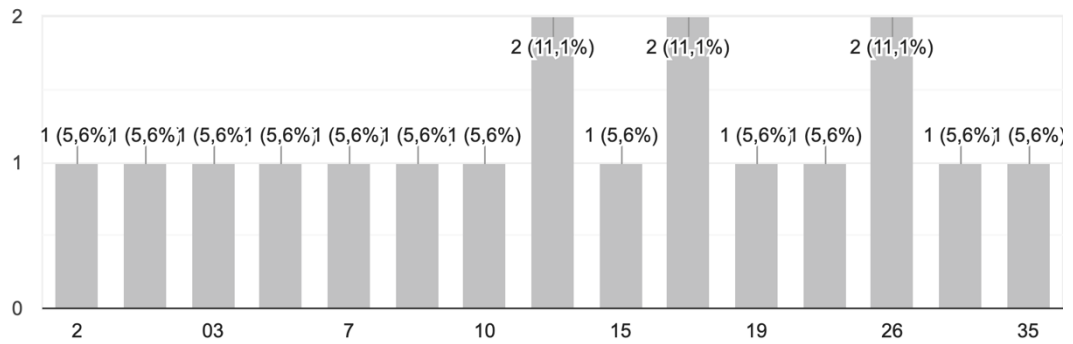
### Gráfico 6 – Perfil dos entrevistados por atuação

19 respostas



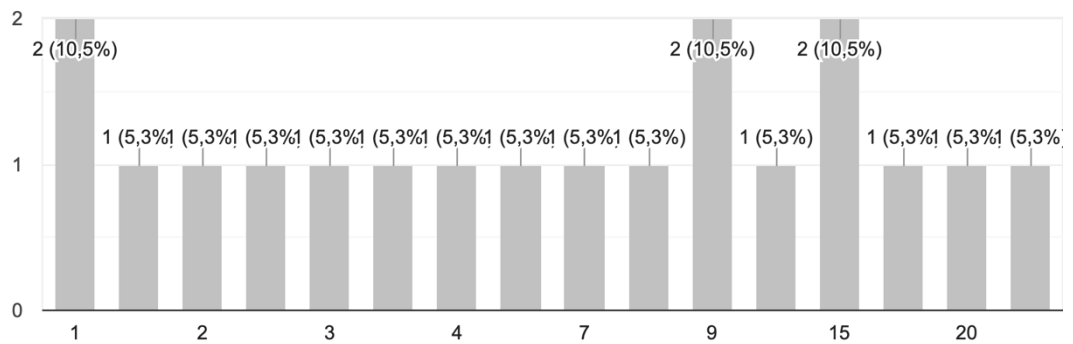
**Gráfico 7 – Perfil dos entrevistados experiência em BLH**

18 respostas



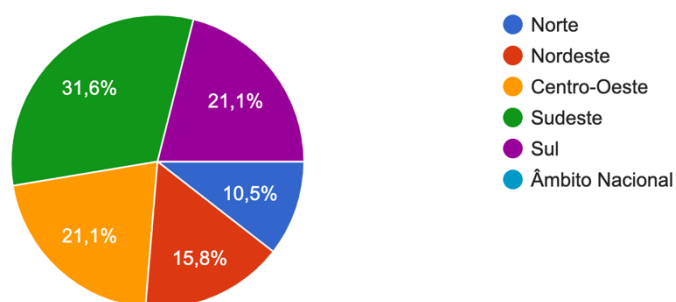
**Gráfico 8 – Perfil dos entrevistados por experiência como gestor**

19 respostas



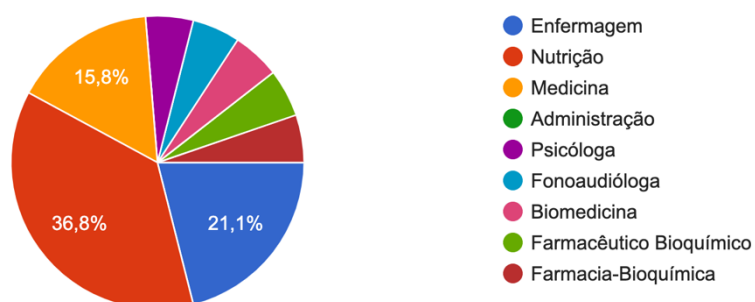
### Gráfico 9 – Perfil dos entrevistados por região de atuação

19 respostas



### Gráfico 10 – Perfil dos entrevistados por formação

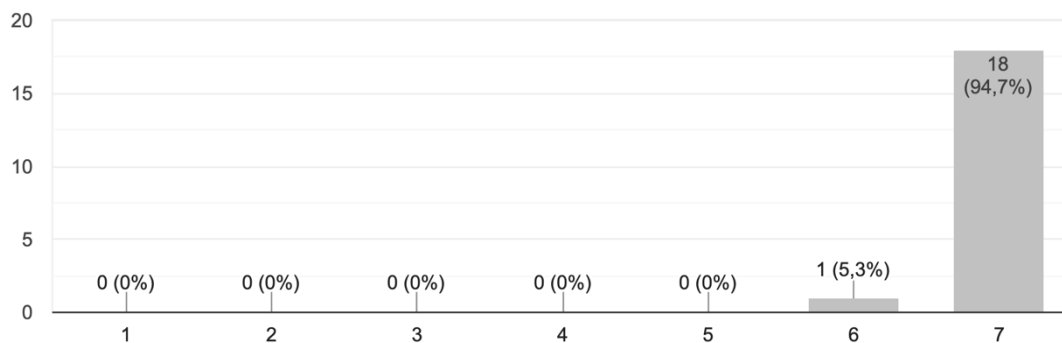
19 respostas



## 6.2. GRÁFICOS RELACIONADOS ÀS CAPACIDADES DINÂMICAS E ASPECTOS COMPLEMENTARES

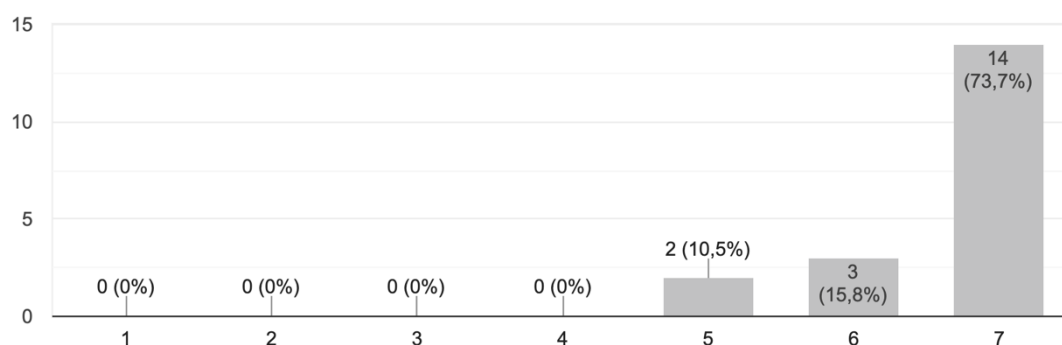
**Gráfico 11** – O modelo brasileiro de BLH encoraja as pessoas (funcionários e ou colaboradores) a aprimorarem a sua prática

19 respostas



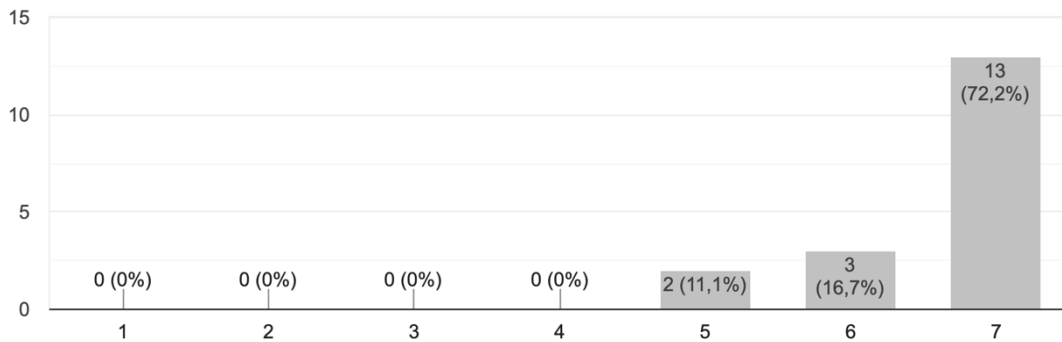
**Gráfico 12** – O modelo brasileiro de BLH é flexível o suficiente para responder à realidade e necessidades locais

19 respostas



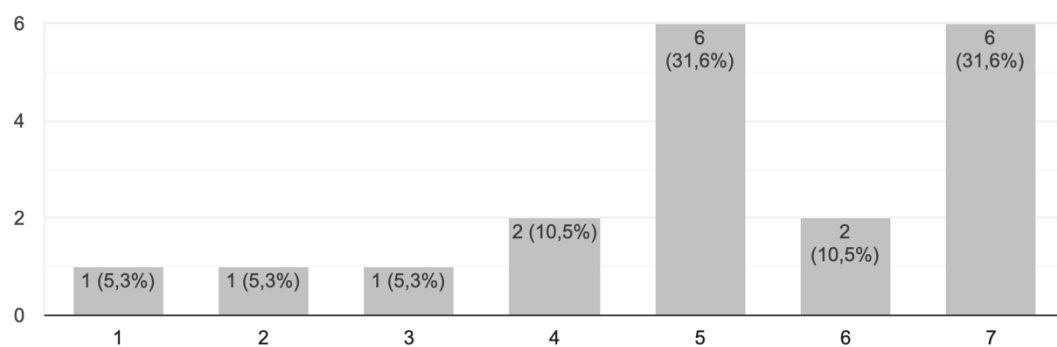
**Gráfico 13** – O modelo brasileiro de BLH adapta continuamente produtos e serviços às necessidades da clientela

18 respostas



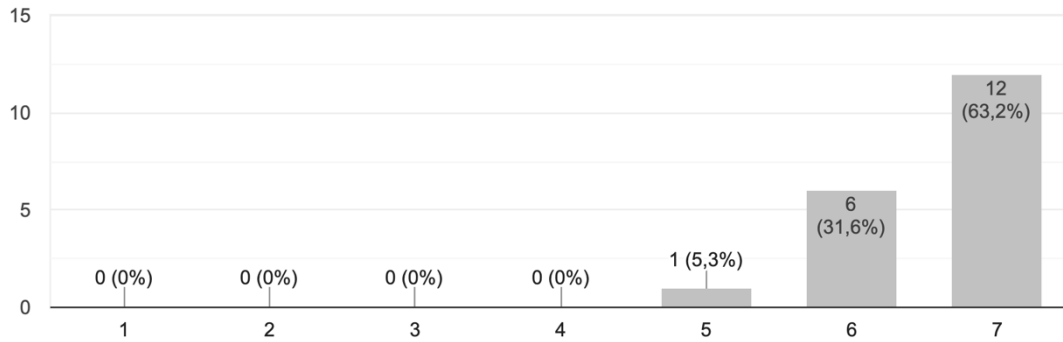
**Gráfico 14** – No modelo brasileiro de BLH as melhorias e ajustes no modelo são de responsabilidade do centro de referência nacional

19 respostas



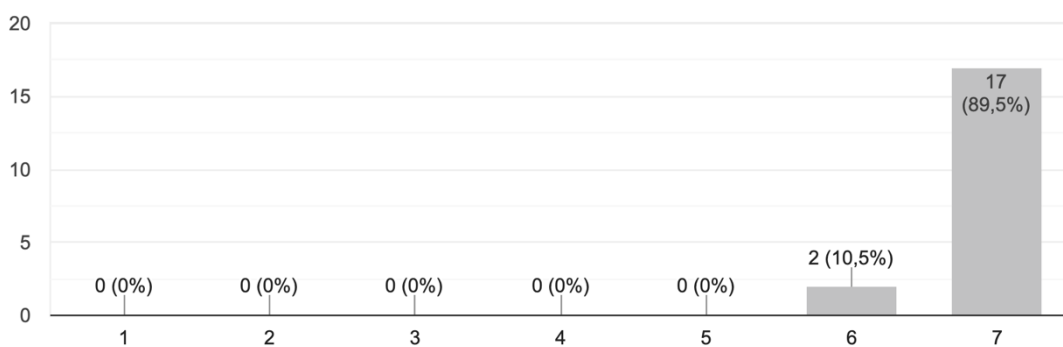
**Gráfico 15** – No modelo brasileiro de BLH a experiência das unidades é levada em conta para respostas e ajustes progressivos

19 respostas



**Gráfico 16** – O modelo brasileiro de BLH preza por resolver questões práticas em favor da qualidade e da clínica do bebê

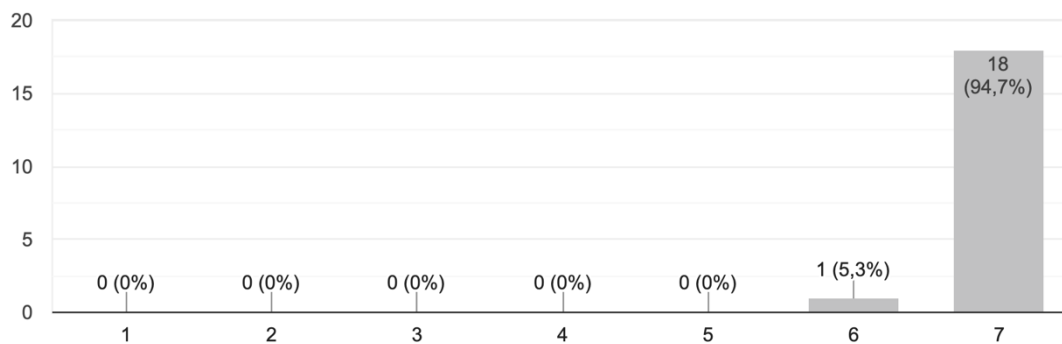
19 respostas





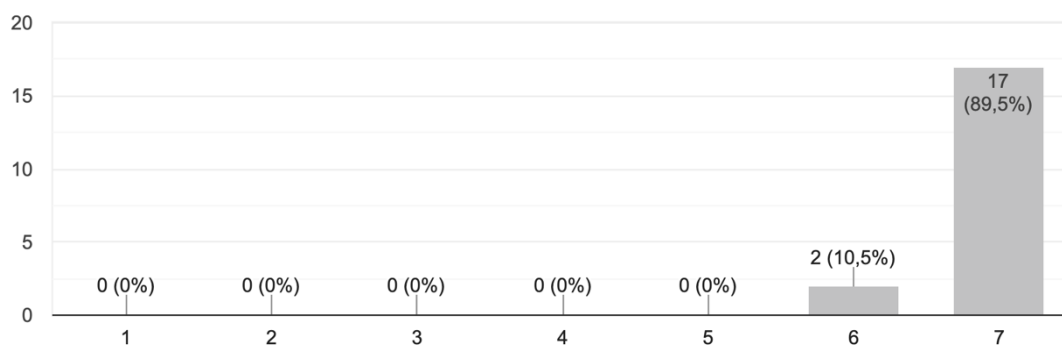
**Gráfico 17** – O modelo brasileiro de BLH preza por transformar o conhecimento para o uso e aplicação prática nas unidades

19 respostas



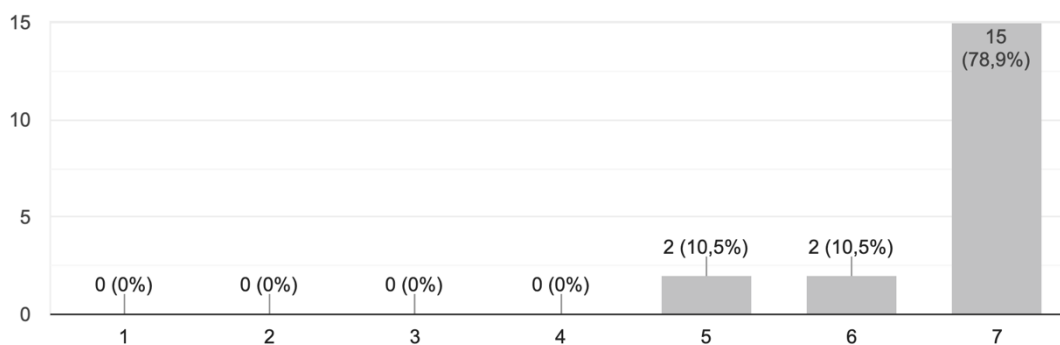
**Gráfico 18** – O modelo brasileiro de BLH tem a sociedade como um de seus principais clientes, foco de comunicação e relacionamento constantes

19 respostas



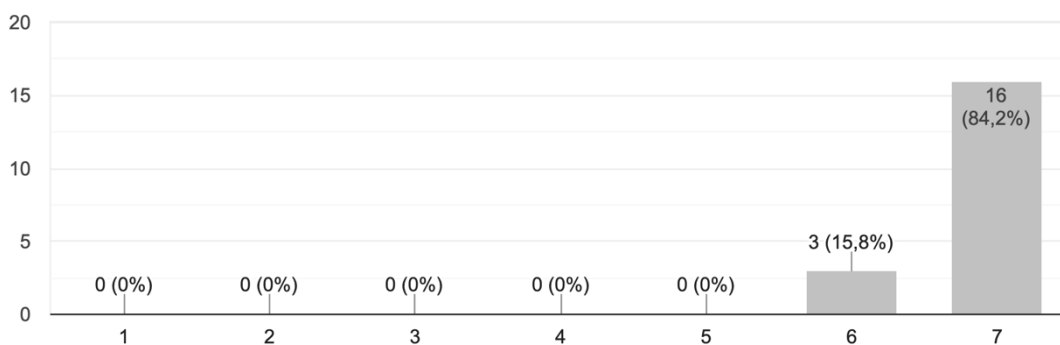
**Gráfico 19** – O modelo brasileiro de BLH é capaz de mobilizar pessoas, instituições e recursos porque entrega resultados concretos para a sua clientela

19 respostas



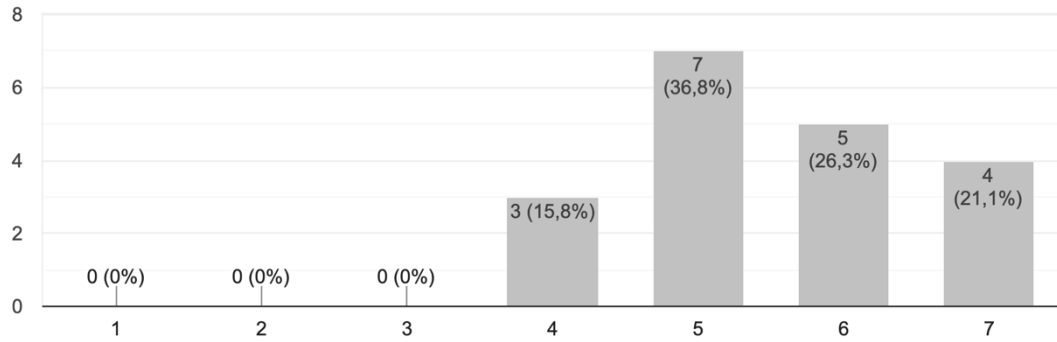
**Gráfico 20** – O modelo brasileiro de BLH é operacional e administrativamente factível e viável

19 respostas



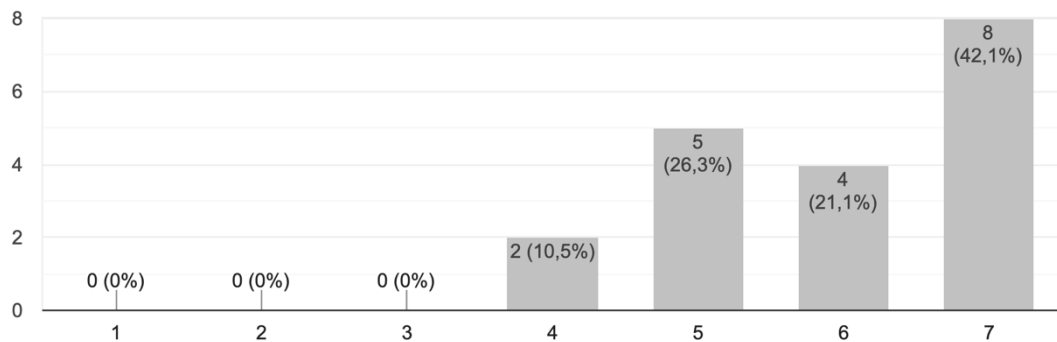
**Gráfico 21** – O modelo brasileiro de BLH recebe apoio e suporte praticamente universais

19 respostas



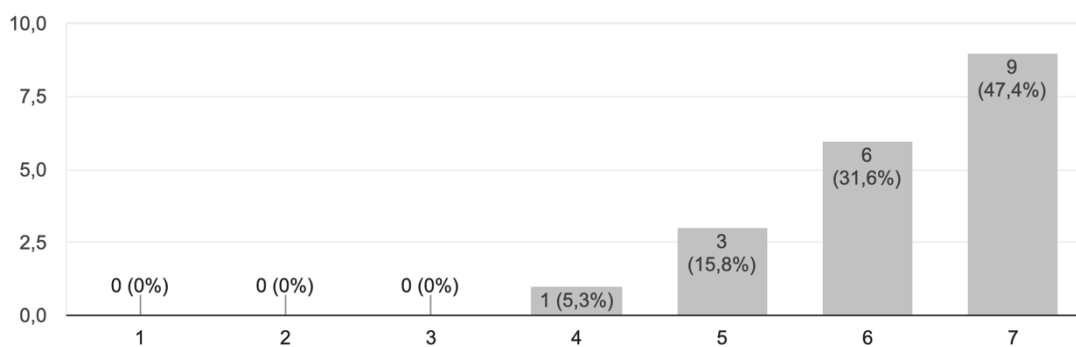
**Gráfico 22** – As críticas e a resistência ao modelo de BLH são quase inexistentes

19 respostas



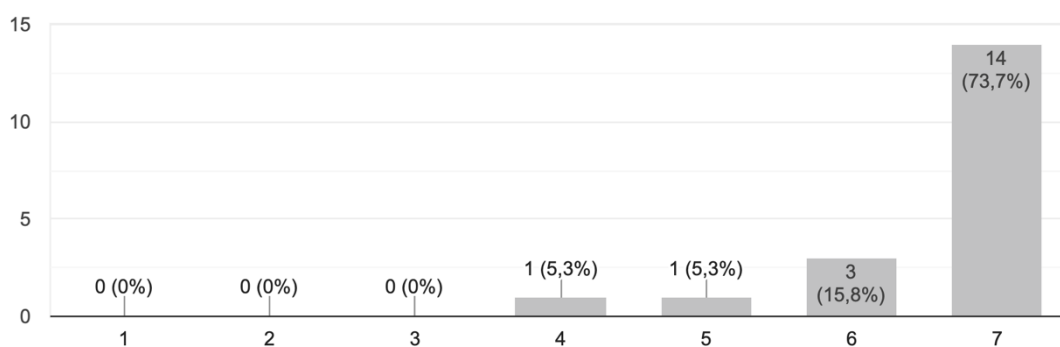
**Gráfico 23** – O modelo brasileiro de BLH tem a capacidade de gerar benefícios para grupos alvo ou atores políticos

19 respostas



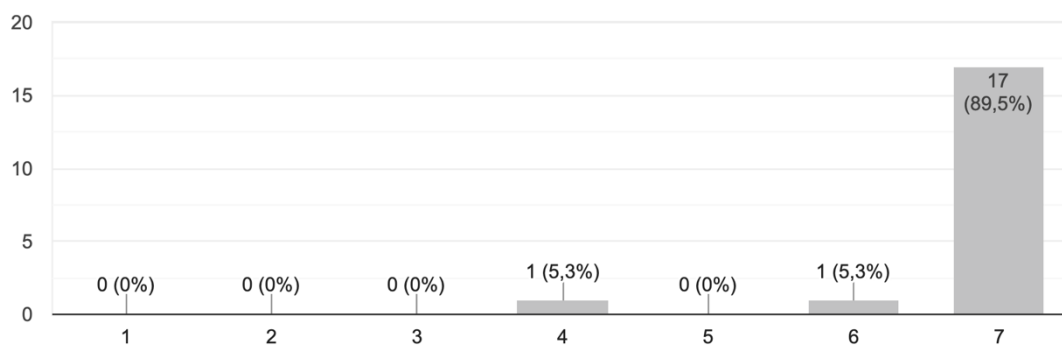
**Gráfico 24** – Em nosso BLH investimos na capacidade de pessoas de se apropriarem e colocarem em prática as inovações geradas

19 respostas



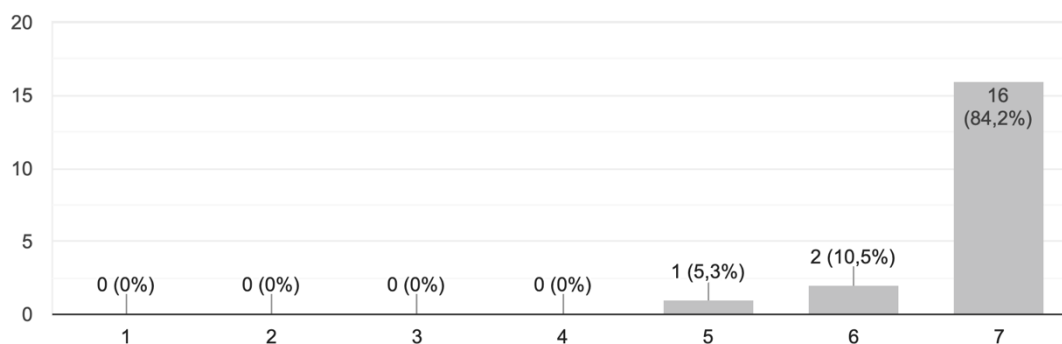
**Gráfico 25** – O meu BLH é um multiplicador das ideias e práticas permeadas pela RBLH-BR ao longo dos anos

19 respostas



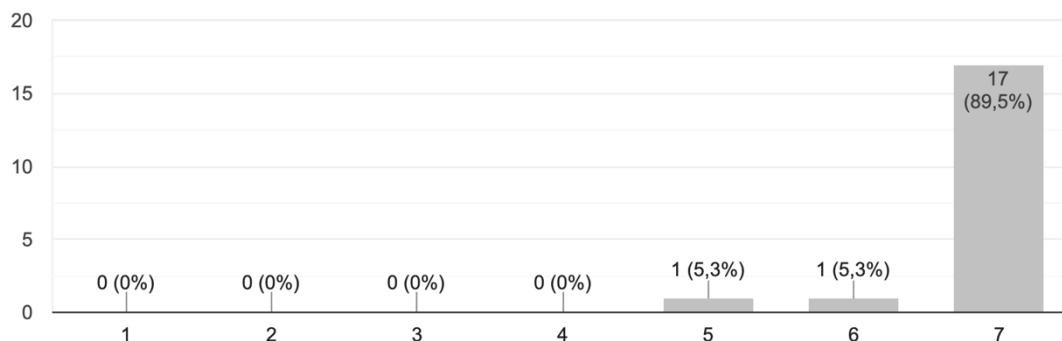
**Gráfico 26** – Em nosso BLH compartilhamos informação, bens, dicas, experiências e conhecimento com outras organizações e parceiros.

19 respostas



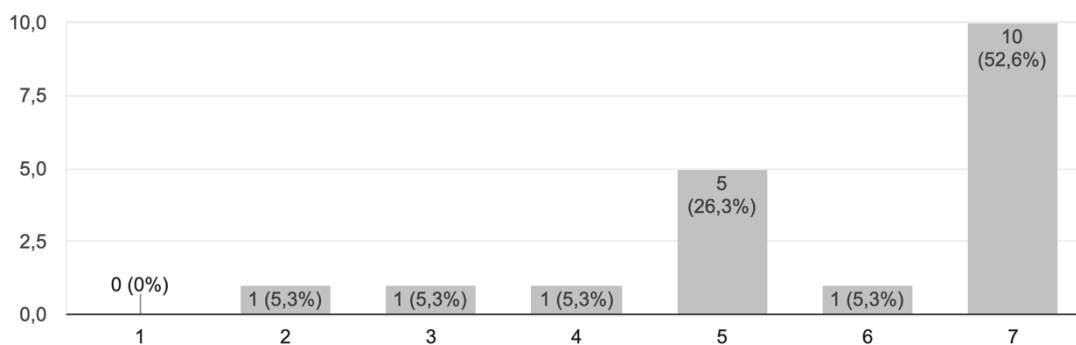
**Gráfico 27** – Em nosso BLH buscamos continuamente trabalhar com parceiros que possam contribuir para novas possibilidades de atuação.

19 respostas



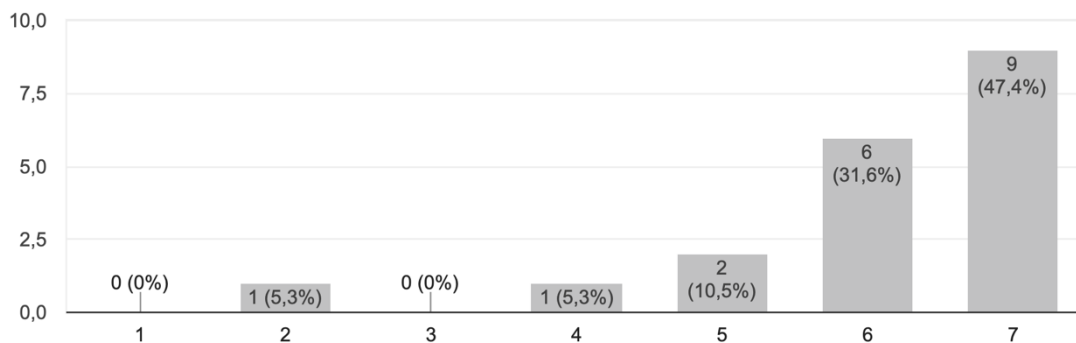
**Gráfico 28** – Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para renovar e transformar o modelo de atuação.

19 respostas



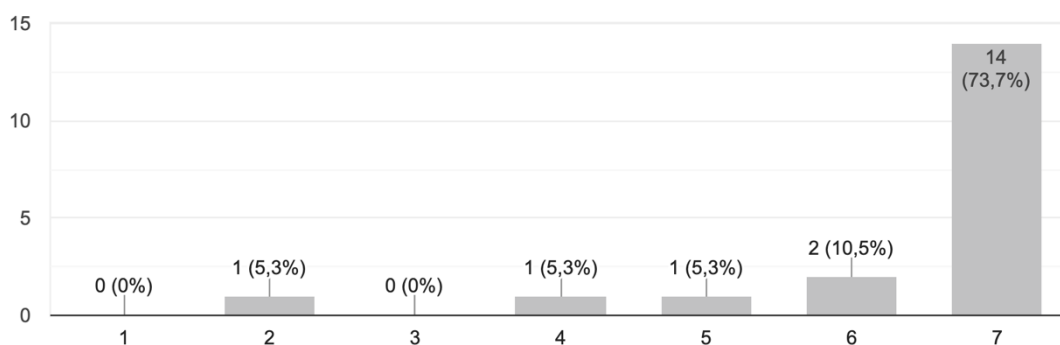
**Gráfico 29** – Em nosso BLH aplicamos tecnologias digitais de informação e comunicação para aprimorar o relacionamento com nossos clientes

19 respostas



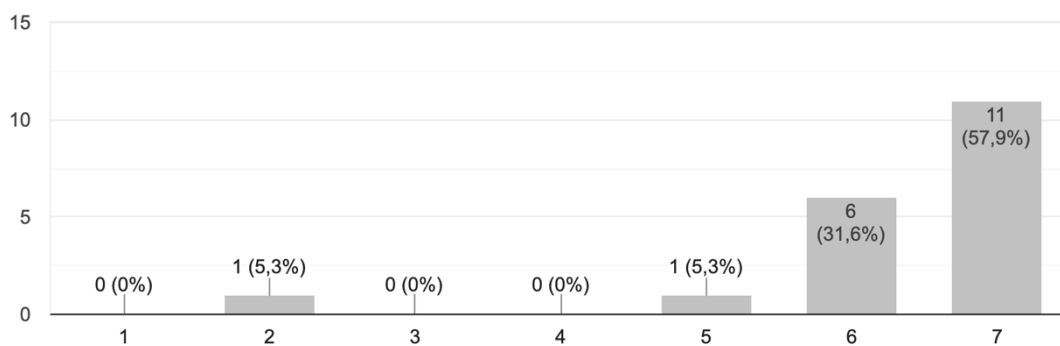
**Gráfico 30** – Em nosso BLH os gestores se engajam nos processos de avaliação

19 respostas



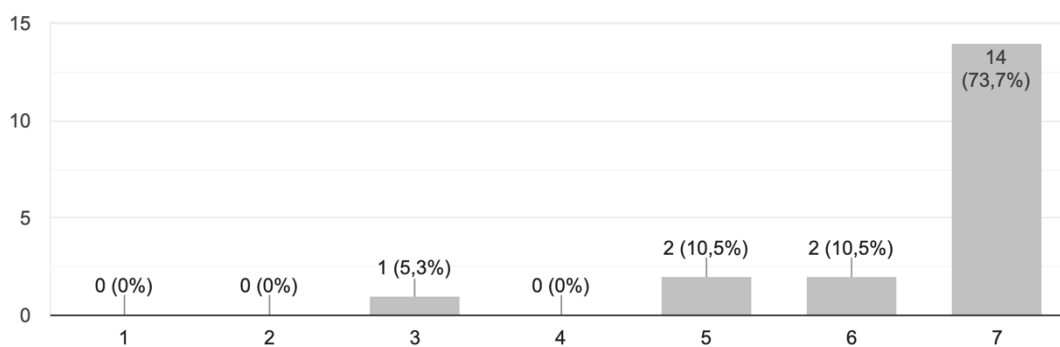
**Gráfico 31** – Em nosso BLH os gestores têm percepção dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis para a ação

19 respostas



**Gráfico 32** – Em nosso BLH as decisões são tomadas coletivamente

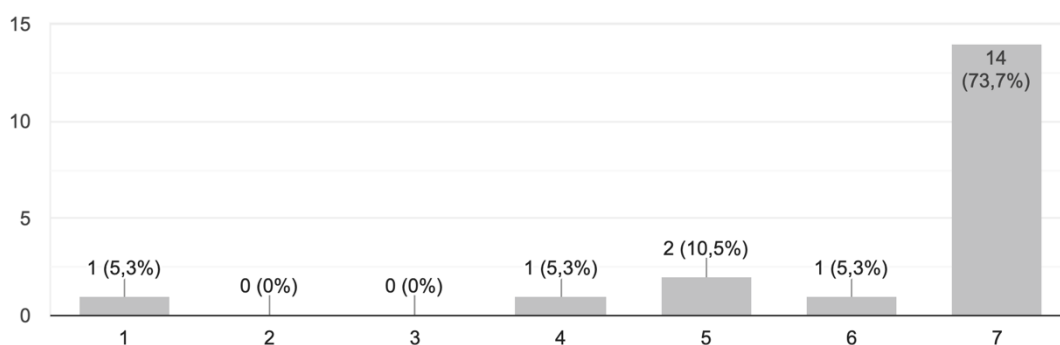
19 respostas





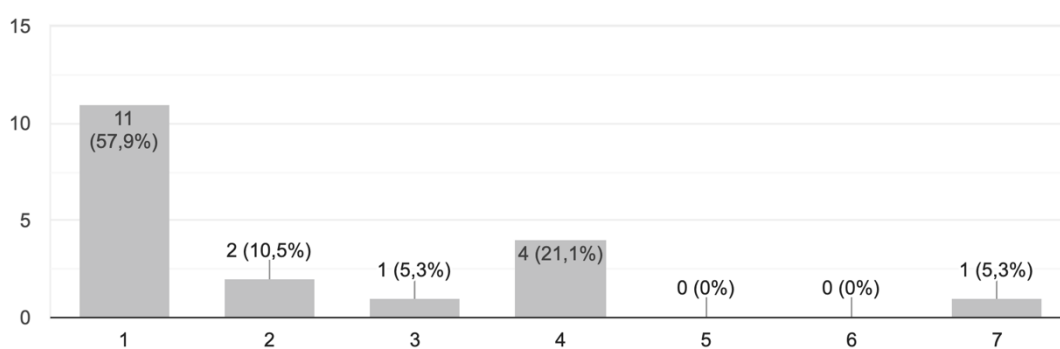
### Gráfico 33 – Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é público

19 respostas



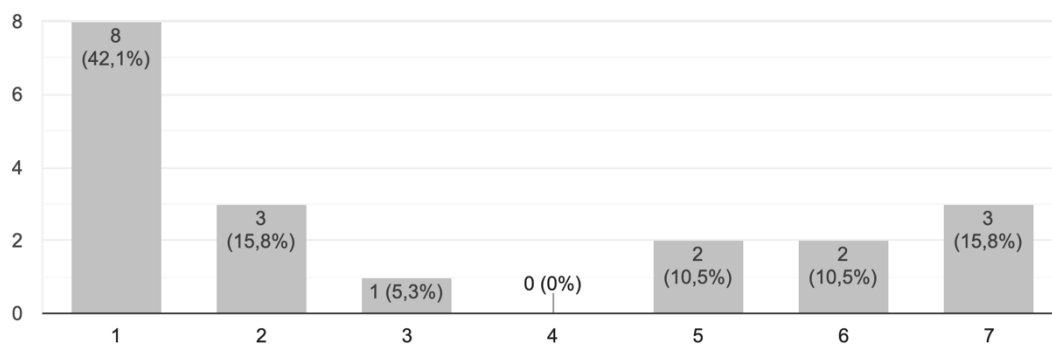
### Gráfico 34 – Em nosso BLH o financiamento dos projetos e atividades é privado

19 respostas



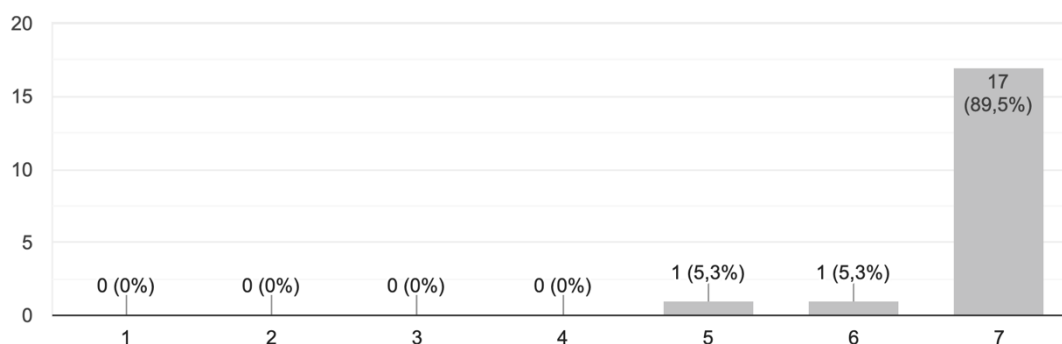
**Gráfico 35** – Em nosso BLH há interferência política externa na tomada das decisões e condução das atividades

19 respostas



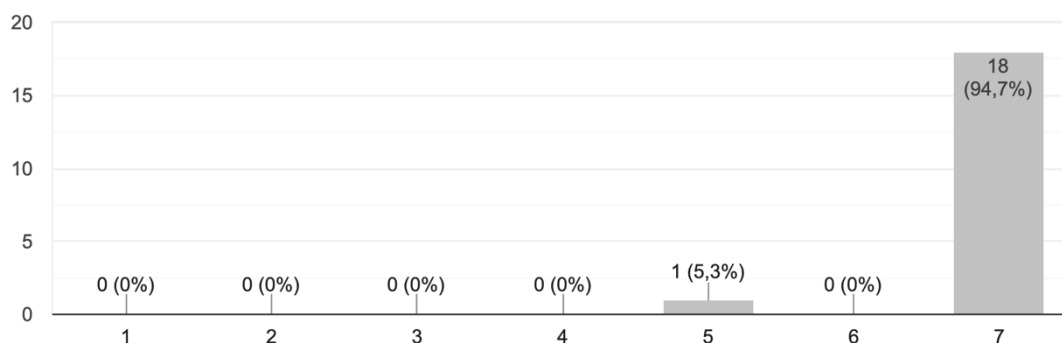
**Gráfico 36** – Na RBLH-BR o uso, a adaptação e desenvolvimento de novas tecnologias teve papel central na consolidação do modelo brasileiro

19 respostas



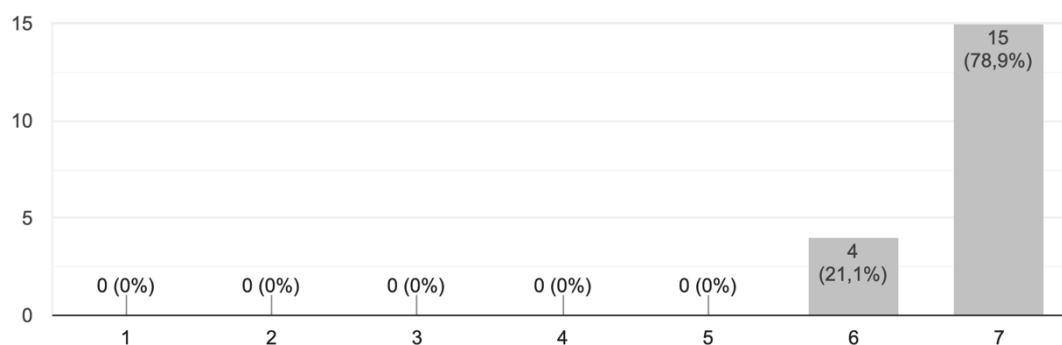
**Gráfico 37** – A RBLH-BR favorece a divulgação de experiências internas exitosas para o compartilhamento do conhecimento

19 respostas



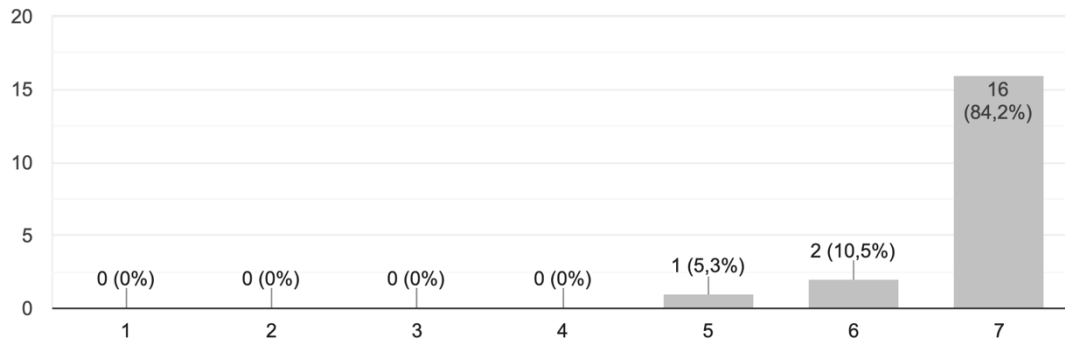
**Gráfico 38** – A busca dos profissionais em transformar a sua prática é fator central para o crescimento da RBLH-BR

19 respostas



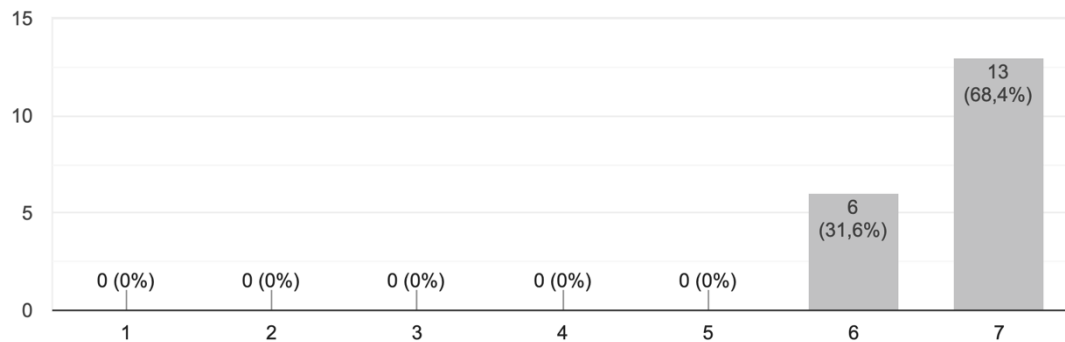
**Gráfico 39** – A RBLH-BR adota estratégias de comunicação em larga escala para contornar barreiras impostas e beneficiar sua clientela

19 respostas



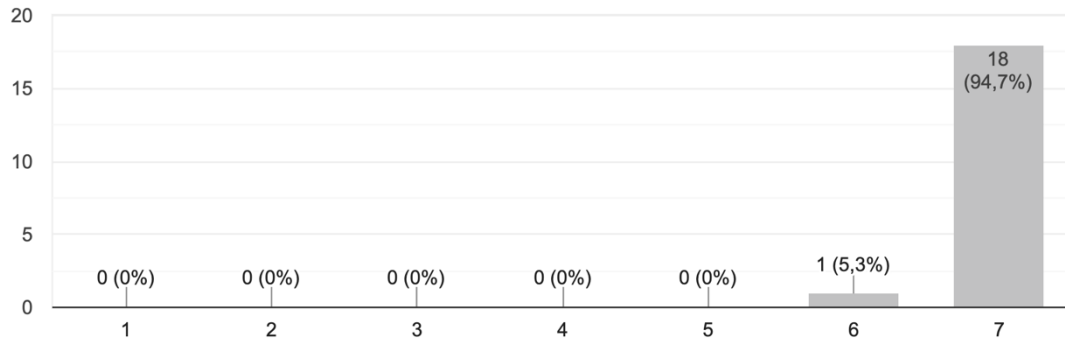
**Gráfico 40** – As ações de capacitação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da RBLH-BR são capazes de impactar as unidades no seu dia a dia

19 respostas



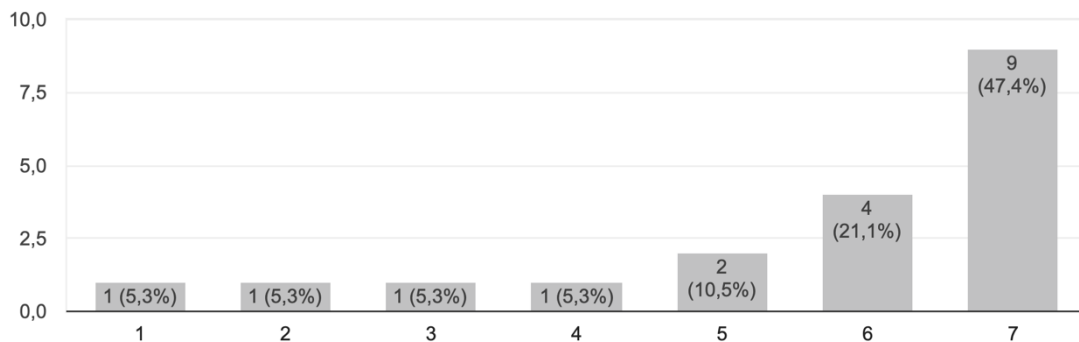
**Gráfico 41** – O comportamento criativo e inovador das pessoas na RBLH-BR teve papel central na consolidação do modelo brasileiro

19 respostas



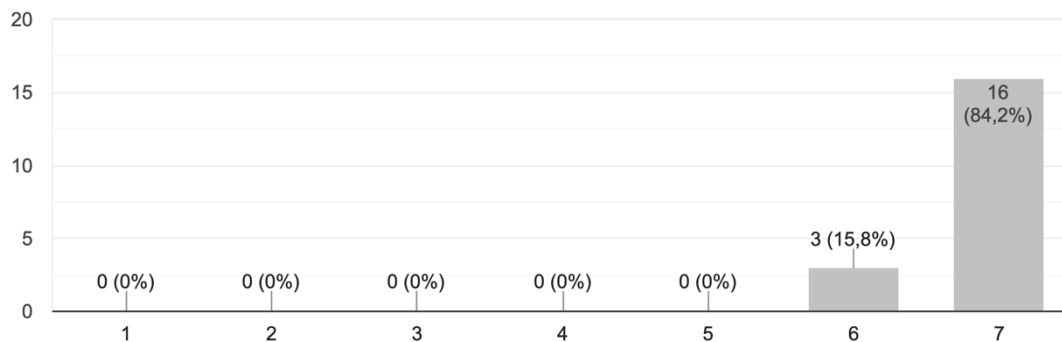
**Gráfico 42** – A capacidade de atrair e manter financiamentos extra orçamentários teve papel central na construção da RBLH-BR ao longo dos anos

19 respostas



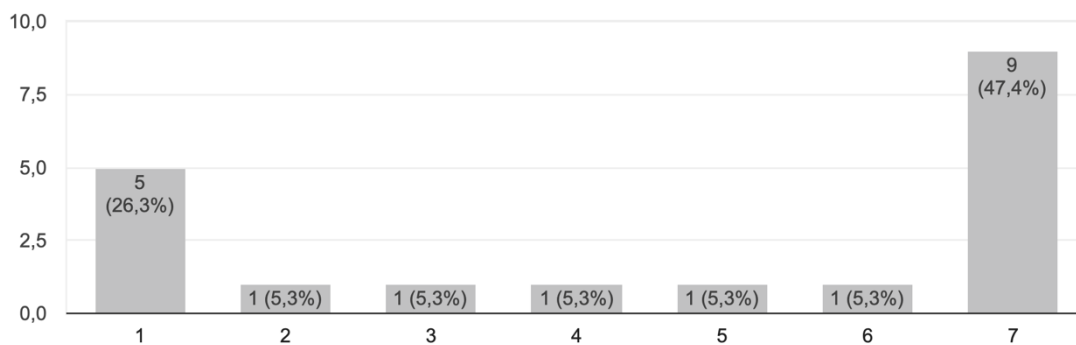
**Gráfico 43** – A RBLH-BR tem a capacidade de estabelecer relações entre pessoas e instituições com base na confiança e reciprocidade de interesses

19 respostas



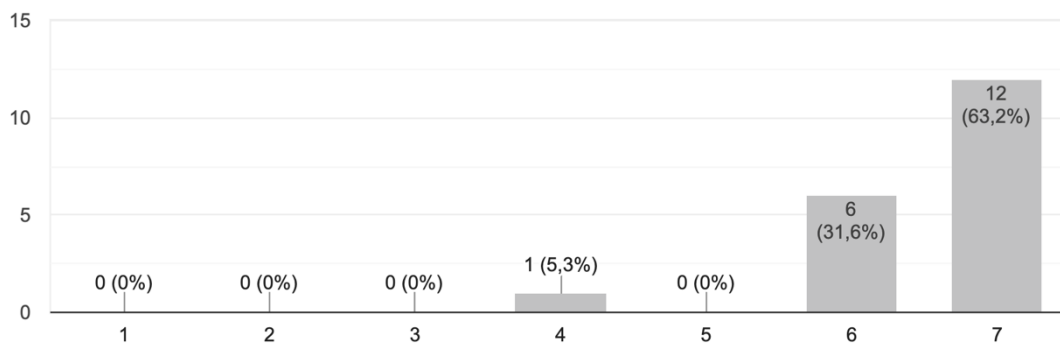
**Gráfico 44** – Na minha opinião, a construção da RBLH-BR não seguiu um planejamento pré-definido, ela é o resultado de adaptações e melhorias contínuas

19 respostas



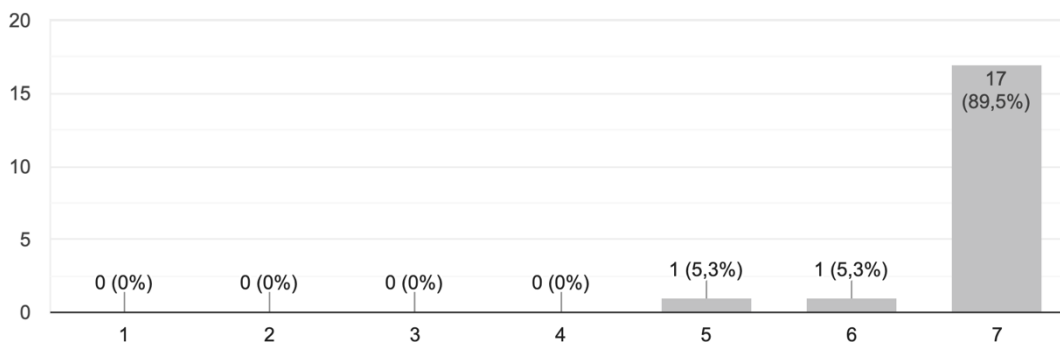
**Gráfico 45** – Na minha opinião, a RBLH-BR envolve todos os atores necessários na elaboração de seus objetivos e na avaliação de seus resultados

19 respostas



**Gráfico 46** – Na minha opinião, é possível replicar o modelo de sucesso da rBLH em diferentes políticas públicas de saúde

19 respostas



Por fim, podemos sintetizar neste capítulo de resultados, a partir da visão dos entrevistados, as principais barreiras e dificuldades ainda não solucionados pelas políticas públicas em aleitamento materno e doação de leite humano. Apresentamos por ordem de relevância nas falas:

- Baixa e irregular captação de doadoras para alcançar a autossuficiência em Leite Humano (100% dos RNs em UTIs)
- Dimensionamento inadequado de recursos humanos
- Baixa autonomia orçamentária e de recursos direcionados aos BLHs
- Necessidade de ampliação dos investimentos na formação do “Profissional de Banco de Leite Humano”
- Investimentos inadequados e descontinuados em infraestrutura e parque tecnológico
- Desalinhamento e baixa adequação da legislação sanitária aos BLHs
- Envolvimento descontinuado de autoridades políticas na causa BLH

Ilustramos como obteve-se o conjunto dos dados acima a partir da fala de um dos entrevistados:

**Entrevistado(a) A17:** *"(...) o problema que a gente ainda não conseguiu resolver é o número de doadoras porque é um problema que demanda (...) participação voluntária" / (...) é um ponto fraco nosso o sistema de captar, de sensibilizar mulheres que estejam amamentando a se tornar doadoras, esse é o problema hoje. (...) mas você vê que nós tamo correndo atrás, nós estamos buscando mídias sociais, nós estamos buscando telesaúde, nós estamos buscando um monte de coisa que nos dê foco e penetração nessa sociedade (...) pra pegar*



*voluntários que queiram participar da doação e alimentação dos prematuros".*

Seguimos, portanto, para o próximo capítulo em que os resultados serão discutidos.

## 7. DISCUSSÃO

Encadeamos a seguir as principais evidências encontradas recolhidas na pesquisa, distribuídas pelos 3 eixos de análise, a fim de facilitar a compreensão, análise e discussão do conteúdo deste trabalho.

### 7.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Iniciando a discussão dos resultados deste trabalho, em primeiro lugar, apresentamos comentários sobre o perfil dos entrevistados. Os gráficos de 4 a 10 apontam para a seguinte distribuição:

- Nota-se forte concentração de mulheres gestoras entre os entrevistados, chegando ao percentual de 89,5% da amostra (Gráfico 4), percentual que chama bastante atenção e que pode estar relacionado à natureza da atividade, ou seja, o manuseio das questões ligadas à amamentação é efetuado predominantemente pelo universo feminino do que pelo masculino; Por outro lado, este resultado também aponta para um modelo de trabalho aberto horizontalizado e totalmente acessível à mulheres,
- A idade dos entrevistados adota distribuição equilibrada entre 34 e 61 anos de idade, não havendo concentrações exacerbadas em nenhuma das faixas (Gráfico 5).
- A maior parte dos entrevistados ocupa cargo de gestor de Centro de Referência Estadual, o que pressupõe que tenham visão gerencial e sistêmica da atividade (Gráfico 6).
- Dos entrevistados, a maior parte (13 de 19) possui 10 ou mais anos de experiência com BLH. Por outro lado, quando o assunto é experiência gerencial, a maior parte (13 de 19) tem até 9 anos de experiência como gestor de BLH. Assim como a distribuição das faixas etárias, estes

resultados (Gráfico 7 e 8) também apontam para uma distribuição equilibrada de gerações de gestores, provavelmente, um movimento contínuo de renovação das lideranças e gestores na RBLH-BR.

- Todas as 5 regiões do país foram representadas na amostra de entrevistados, o que traduz uma representatividade equilibrada no conjunto das respostas, quando se assume um possível viés regional (Gráfico 9).
- Quanto ao perfil profissional em termos de graduação, a maioria dos entrevistados teve a sua formação em Nutrição (36,8%), Enfermagem (21,1%) e Medicina (15,8%) entre outras formações como Engenharia de Alimentos, evidência de um quadro de gestores com direcionamento multiprofissional.

## 7.2. CAPACIDADES DINÂMICAS

Dando seguimento à discussão, gostaríamos de trazer à memória as principais questões de pesquisa apresentadas nesta tese.

a) *Diante das inegáveis evidências de êxito das ações da RBLH-BR em território nacional e internacional, evidências estas geradas por diferentes organismos e instituições do Brasil e de outros países (avaliações internas, externas, independentes, artigos, teses, prêmios entre outros), pergunta-se qual é de fato a origem e o porquê desta trajetória efetiva, quando consideramos que as condições estabelecidas para a execução de tal política de saúde não foram e não são, em geral, as mais favoráveis.*

b) *A partir da análise da visão dos gestores da rede, profissionais que vivenciaram a sua fundação, expansão e consolidação, é possível identificar se há relação direta entre os principais elementos mencionados como responsáveis por esta trajetória singular, em termos de performance de uma política pública de saúde em nosso país, e as capacidades*

*dinâmicas, características centrais de organizações que se perpetuam com êxito ao longo do tempo.*

*c) Por outro lado, questiona-se também se as capacidades e saberes desenvolvidos pela RBLH-BR poderiam ser replicados para outras políticas públicas de saúde, em áreas afins ou diversas, no mínimo como um modelo a ser considerado para a qualificação do planejamento e implementação das mesmas pelo país.*

*d) Como é possível, então, construir, desenvolver e replicar políticas de saúde que, indubitavelmente, preenchem lacunas históricas e alavanquem transformações positivas para a sociedade? Por que algumas políticas falham e outras alcançam os objetivos esperados?*

A partir dos achados do estudo, é possível, por inúmeros prismas, inferir que existe ligação direta entre o desenvolvimento contínuo e progressivo das capacidades dinâmicas e o bom desempenho da RBLH-BR, no que se refere ao conjunto de políticas públicas, desde a origem da RBLH-BR.

Nessa linha, com exceção da Capacidade Digital (68,42%), capacidade bastante recente para as instituições como um todo no Brasil e no mundo (KOHLI e MELVILLE, 2018), todas as outras capacidades foram identificadas na fala dos entrevistados em níveis acima de 78%, chegando até mesmo à presença total, que foi o caso da capacidade mobilizadora (100%). Esses achados reforçam a hipótese inicial de que há forte ligação entre o desempenho da RBLH-BR e o desenvolvimento das capacidades dinâmicas.

Podemos citar como exemplo que, via de regra, encontramos na fala dos entrevistados a clareza da existência de um modelo de trabalho original, distinto em sua natureza, por atender às necessidades de clientela local, por ser adaptativo e inovativo, liderado de forma empreendedora pelos fundadores da iniciativa. É possível mencionar alguns dos trechos das entrevistas que comprovam esta inferência:

**Entrevistado(a) A16:** *“Verdadeiramente nós construímos um novo modelo. Eu diria talvez que o primeiro grande produto eu acho que desse ciclo de inovação que a gente inaugura lá atrás foi a construção desse novo paradigma pra banco de leite humano. Ou seja, o que existia era tão somente o modelo anglo-saxão e o modelo brasileiro entra aí e se apresenta com diferenças básicas, como, por exemplo, não sendo uma leiteria humana, sendo casa de apoio a amamentação. Entendendo o leite humano como um alimento funcional não como um fluido corporal. Enfim, é de fato um novo modelo”*

Por outro lado, **A6** destaca o papel das lideranças e fundadores neste processo:

**Entrevistado(a) A6:** *“Nós temos uma pessoa hiper criativa na Rede que é o nosso chefe mor aí, né, o João Aprígio<sup>35</sup>, então assim eu acho que a gente que tá há mais tempo no banco de leite, a gente tem aprendido com ele essa capacidade de invenção que a Rede proporciona.”*

Nesse sentido, **A18** também reforça:

**Entrevistado(a) A18:** *“Acho que tem aí um elemento importantíssimo que é a inovação, a capacidade de inovar constantemente. Eu vejo que João é realmente*

---

<sup>35</sup> Prof Dr João Aprígio Guerra de Almeida é o coordenador da Rede Global de Bancos de Leite Humano e Secretário Executivo do Programa Ibero-americano de Bancos de Leite Humano, Dr. João Aprígio, foi condecorado em 2018 pelo Conselho da Ordem de Rio Branco ao grau de Comendador. A Ordem de Rio Branco é a mais alta condecoração da diplomacia brasileira e homenageia pessoas físicas, jurídicas, corporações militares, instituições civis nacionais ou estrangeiras pelos seus serviços e méritos excepcionais.

*um visionário. (...) Eu lembro, por exemplo, Telesaúde. O João já tava pensando em telesaúde há 10 anos atrás".*

Podemos também adicionar aqui o resultado expressivo dos Gráficos 11,12, 17, 18, 19 e 41, por exemplo, que também reforçam as impressões acima descritas por seus resultados se concentrarem amplamente mais próximos à extremidade 7 (concordo totalmente).

Por outro lado, também é recorrente e marcante nas entrevistas a presença das capacidades de mobilização (pessoas, recursos, parceiros) e capacidade política que há na fala dos entrevistados, por exemplo, como podemos perceber na fala dos entrevistados A12 e A16:

**Entrevistado(a) A12:** *(...) nas Cartas <sup>36</sup>, os congressos começaram a fazer as Cartas e ali nas Cartas nós dizíamos a nossa necessidade e apresentávamos pro ministro, até fazíamos o convite através de eventos, onde todos assinavam. Eu acho que é essa corresponsabilidade mesmo com esses diversos segmentos da sociedade e isso também elevou o padrão de conhecimento mesmo da rede e de comprometimento, né? É de comprometimento político".*

Ou por outro ponto de vista que também envolve a Capacidade Programática, além das anteriores:

---

<sup>36</sup> Cartas de Brasília 2010; 2015 - [www.redeblh.fiocruz.br](http://www.redeblh.fiocruz.br)

**Entrevistado(a) A16:** *"E aí o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno acontecia, isso foi, nós levamos a conhecer a coordenação de programa, eles ficaram muitíssimo bem impressionados, se dispuseram a financiar uma cooperação com a Fiocruz"*

Com relação à Capacidade Programática, especificamente, identificou-se no discurso de 16 dos 18 entrevistados (84,21%) a presença de elementos que atestam o papel desta capacidade no êxito da RBLH-BR, como é possível notar em:

**Entrevistado(a) A1:** *"A gente foi implementando um modelo, as mesmas frações de trabalho, a mesma política pra regiões diferentes, pra culturas diferentes. Daí também nasce a multidisciplinariedade, conhecimentos de nutrição, da saúde do bebê, do leite humano, você também tem que ter conhecimentos específicos do leite humano, questões da psicologia também. Você vai trazendo diferentes ciências pra esse trabalho".*

E continua:

**Entrevistado(a) A1:** *(...)Temos uma série histórica. Nós fazemos. Precisamos dos seguintes recursos, nem mais, nem menos. nosso modelo tá baseado no baixo-custo e rigor técnico."*

Além das questões relacionadas às capacidades dinâmicas, os entrevistados corroboram a ideia de que é possível replicar o modelo desta

política para outras áreas da saúde, em termos de políticas públicas. Esta inferência é possível de ser realizada tanto pela identificação desta categoria nas falas dos entrevistados (Capacidade de Replicação - 78,95%), como pelo resultado do Gráfico 46, em que 18 dos 19 entrevistados posicionam-se nas faixas 6 e 7 na Escala de Likert (concordo totalmente).

Alguns trechos das entrevistas que apontam para esta direção também podem ser mencionados como evidência deste achado:

**Entrevistado(a) A4:** *"Eu acredito que qualquer área em que o profissional se sinta envolvido e comprometido com o entendimento da importância do que ele tá fazendo e a importância daquilo pra saúde da comunidade (...), eu acredito que pode ser implementado" / "Existem outros grupos, existem outras ações em saúde que trabalham dessa forma"*

Em outra fala:

**Entrevistado(a) A3:** *"Eu acredito que é possível replicar porque o que dá o diferencial da Rede é justamente motivação, comprometimento (...), aquilo passa a ser quase uma ideologia de vida de nós, profissionais de banco de leite. Então eu acho que esse comprometimento, essa motivação, a própria mobilização pra tá sempre inovando (...) é o que faz esse serviço funcionar. Então, pra isso ser aplicado nos demais serviços, é justamente o que a gente precisa, de uma organização, de uma liderança".*



E continua:

**Entrevistado(a) A3:** (...) a rede deu certo justamente porque nós trabalhamos em rede, não é uma questão verticalizada. Esse grupo trabalha numa linha horizontal e ele consegue atender o Brasil de Norte a Sul com todas as suas divergências geográficas, sociais. Então, se a gente consegue fazer isso num Brasil inteiro, a gente consegue fazer isso em outros serviços também. Que é traçar planos, estratégias, notas técnicas, normas, ou seja, trabalhar de forma sistematizada, organizada, junto com o que a gente tem de ciência e de pesquisa". Não é algo específico para o processamento, é o jeito de trabalhar, é o jeito de dividir as coisas, é o jeito de compartilhar, é o jeito de prosperar assim em termos de seguir em frente, né?"

Já o Entrevistado(a) A17 vai além e compartilha a visão de que seria possível compartilhar e reproduzir até mesmo estrutura, no caso um *software*, como plataforma única que atendesse à determinadas necessidades comuns:

**Entrevistado(a) A17:** "(...) possível é, o fato é o seguinte (...), só um exemplo aqui que me ocorre, rapidamente. Esse sistema que tá sendo desenvolvido pra fazer avaliação de infraestrutura e equipamentos dos bancos de leite (...) isso pode ser usado em qualquer área submetida a vigilância sanitária. (...) então são coisas que estão sendo desenvolvidas pra rede, mas que têm uma importância absurda para essas outras áreas e é simplesmente, vamos dizer assim, adaptar o modelo

*e óbvio que tem particularidades lá que precisam ser observadas, mas o princípio..."*

### 7.3. ASPECTOS COMPLEMENTARES

Aspectos relacionados à avaliação de políticas públicas e à natureza pública das organizações também foram parâmetro para analisar as entrevistas, principalmente a partir das questões objetivas. Adicionalmente, como tais elementos também foram mencionados nas entrevistas abertas, traremos a seguir algumas falas como fundamentos dos resultados obtidos nos gráficos.

Como é possível observar no Quadro 4 (pág. 89) e na Tabela 6 (pág. 100), os aspectos complementares (linhas 10, 11 e 12) estão relacionados aos conceitos de capacidade de avaliação, características de organização pública e de êxito da política pública.

Com relação ao tópico capacidade de avaliação, adaptação do conceito de *Path Dependence* trabalhado por Piening (2013) como microfundamento das capacidades dinâmicas, notamos que há evidências de importante cultura de avaliação da RBLH-BR entre os seus gestores, bem como de compartilhamento contínuo de experiências, como é possível notar nos Gráficos 30 e 31 relacionados ao tema, ambos com resultados acima dos 84% em faixas 6 e 7 (concordo totalmente). Contraponto foi observado no Gráfico 44, em que apenas 52% demonstraram concordância (faixas 6 e 7) quanto à afirmação. Apesar deste percentual ser majoritário, é bastante inferior aos obtidos nos gráficos 30 e 31.

Já com relação ao tópico características de organização pública, mencionado por Piening (2013) como questão inversamente proporcional ao bom desempenho da organização, ou seja, quanto mais características de organização pública, mais difícil seria de alcançar um bom desempenho organizacional, trazemos à discussão os resultados dos gráficos 32, 33, 34 e 35.

Estes gráficos nos trazem resultados alinhados a um perfil de organização pública da RBLH-BR, apresentando forte concordância com as afirmações dos gráficos 32 (84,2% nas faixas 6 e 7) e 34 (79% nas faixas 6 e 7). Ponto de discordância encontra-se nos resultados do gráfico 35 em que 57,9% das respostas encontram-se nas faixas 1 e 2 (discordo totalmente), quando a afirmação está relacionada à influência política externa nas decisões. Entendemos, portanto, que esta característica de organização pública ocorre atualmente com menor intensidade na RBLH-BR. Podemos atribuir este fenômeno à própria reputação e trajetória de êxito técnico, político e organizacional da rede, protegendo-a de determinadas ingerências políticas.

Por fim, trazemos à tona os elementos apontados por McConnell (2010) como indicativos do êxito de políticas públicas, representados nas questões dos Gráficos 21, 22 e 23.

Observa-se uma taxa variando entre baixa a moderada de concordância com as afirmações postas, as quais geram resultados dos respondentes para as faixas 6 e 7 que variam entre 47,4% para o Gráfico 21, 63,2% no Gráfico 22, indo à 79% no Gráfico 23.

Os resultados dos Gráficos 21 e 22 podem ser interpretados a partir da visão de Almeida (1999) em que ainda há uma grande disputa no campo da amamentação e doação de leite humano, disputa essa que envolve players importantes da indústria de alimentos e fórmulas lácteas, equipamentos e sociedades profissionais corporativistas, o que gera obstáculos, críticas e discordâncias para os avanços plenos das políticas públicas neste campo.

Por outro lado, o resultado do Gráfico 23 atesta a visão dos gestores sobre a entrega de resultados concretos destas políticas para o público alvo e também para os players políticos envolvidos.

Diante destes achados, seguimos para as considerações finais deste trabalho.

## 8. CONCLUSÕES

Este trabalho teve como principal objetivo explorar, conhecer e analisar a visão de gestores da RBLH-BR, a partir da ótica das Capacidades Dinâmicas e de aspectos do campo da avaliação de políticas públicas, sobre os principais fatores que levaram ao relevante desenvolvimento e desempenho desta organização nacional e internacionalmente, na perspectiva de uma política pública de saúde, a despeito de cenário adverso característico de países em desenvolvimento.

O estudo lançou mão de metodologia híbrida envolvendo facetas da pesquisa qualitativa e também da pesquisa quantitativa para captação de dados primários, além da reunião de dados secundários a partir de pesquisa documental.

Os achados deste trabalho sugerem que o desempenho positivo da RBLH-BR na perspectiva de política pública de saúde vem sendo direcionado pelo desenvolvimento contínuo das capacidades dinâmicas ao longo do tempo. Pela visão dos 19 gestores e fundadores entrevistados, encontramos importantes evidências que apontam para a ideia da RBLH-BR operando como organização empreendedora, mobilizadora, “aprendedora”, inovadora, descentralizada e comprometida com resultados. Nesse sentido, por serem baseadas em inovação, as CD possibilitaram à RBLH-BR a capacidade de criar, estender e modificar a base de recursos existente na organização, permitindo que a mesma detectasse e captasse oportunidades, a fim de gerar transformação do modelo de BLH existente para endereçar as necessidades e demandas brasileiras e de dezenas de outros países (HEALFAT et al, 2007; TEECE, 2007), alguns deles até já considerados países desenvolvidos como Portugal, Espanha e Estados Unidos.

Isto nos traz a percepção de que, mesmo a RBLH-BR sendo majoritariamente composta por unidades ligadas ao setor público, há na visão dos gestores elementos que apontam para um comportamento organizacional

orientado à integração, construção/criação e reconfiguração de recursos, considerado pelos referenciais teóricos mencionados neste estudo como comportamento típico de organizações privadas, portadoras de capacidades dinâmicas.

Nesse sentido, notamos evidências importantes de que as pessoas, ao passo que se identificam com as causas da RBLH-BR, são encorajadas a trabalhar em rede, compartilhar e difundir inovação e melhores práticas para criar valor público e isso, na visão dos entrevistados, tem substancial impacto no desempenho da RBLH-BR. Esta prática horizontal, plural e descentralizadora, consolidada regional e nacionalmente, se contrapõe à ideia de proteção (não abertura) dos recursos e capacidades específicos da empresa, não facilmente imitáveis, pois seria esta proteção que levaria a organização à diferenciação e a competitividade (BARNEY, 1991; TEECE et al., 1997).

Outro ponto que chama atenção na fala dos entrevistados é a capacidade de envolvimento da RBLH-BR com a sociedade e entidades legislativas, definindo processual e politicamente marcos temáticos, arcabouço robusto de leis, decretos e portarias, seja na esfera municipal, estadual ou federal, ligadas ao tema amamentação e doação de leite humano. Apesar deste evidente avanço, ainda são apontadas oportunidades de melhoria em termos de alinhamento das variadas legislações e focos variados de auditoria externa.

Os achados também apontam para a direção da RBLH-BR atender ao conjunto de pressupostos que falam a favor do êxito de uma política pública, respondendo adequadamente à questões como “resultados concretos para o público alvo e players políticos”, ter substancial apoio e incentivo de diferentes setores da sociedade, instituições públicas e do terceiro setor, além de não sofrer críticas capazes de emperrar as iniciativas e ações em curso.

É possível notar também correlação entre a ideia de construção de um “sistema de inovação” de Freeman (1979) e a prática desenvolvida pela RBLH-BR, que ao longo das décadas investiu no desenvolvimento de parcerias estratégicas com unidades de vocação diferentes, porém complementares, dentro da própria Fiocruz, mas também pelo país, incluindo universidades, empresas privadas, ONGs, organismos internacionais, centros de pesquisa e inovação. O resultado foi o desenvolvimento de um modelo ágil, eficaz, com

contornos muito bem definidos, de baixo custo, calcado no desenvolvimento de produtos inovadores, mas, principalmente, calcado na ideia de resolutividade de problemas ou condições importantes para a saúde materno-infantil. Este movimento de compartilhamento de experiências, princípios e valores entre as pessoas e instituições parceiras e a visualização concreta de resultados, parece envolver e levar as pessoas a se comprometerem e irem além do rotineiro trabalho de um profissional de saúde.

Nesse sentido, podemos dizer que é possível notar que a excelência nas capacidades dinâmicas da RBLH-BR, para "orquestração" dos recursos disponíveis, fortalece a capacidade da organização de inovar e captar com êxito valor suficiente para proporcionar um desempenho superior de longo prazo (TEECE, 2014).

Evidências neste trabalho também apontaram para o papel das lideranças em construir uma gestão empreendedora na RBLH-BR, dialogando com os pressupostos de Teece (2014) de que as habilidades de liderança da alta gestão são necessárias para sustentar as capacidades dinâmicas. A esta constatação adiciona-se a prática da descentralização da gestão da RBLH-BR que parece ter dado sustentação ao desenvolvimento e manutenção das capacidades dinâmicas no longo prazo, pois aproximaria a alta gestão das novas tecnologias, do cliente e da sociedade.

Destacamos também a majoritária presença feminina em cargos gerenciais no alto escalão da RBLH-BR, elemento atípico em organizações no Brasil e no mundo, sejam elas públicas ou privadas, o que parece ter ligação íntima com o êxito desta rede e políticas públicas, já que a presença feminina vem sendo apontada por especialistas como fator crítico para o sucesso de organizações (ONU, 2019).

Na esteira da pluralidade, também merece destaque a presença de distintas gerações de gestores, com vivências e experiências de diferentes graus, além de um quadro multiprofissional de gestores, o que nos parece ser aspecto também relacionado e direcionador da inovação e de capacidades dinâmicas.

Por outro lado, apesar da diretriz estratégica inovativa ser notada e comprovada na maioria das falas e respostas, bem como nos resultados

externos percebidos em publicações e documentos visitados, não percebemos direcionamentos consistentes para as questões relacionadas ao tema Propriedade Intelectual, Patentes e Registros de Marcas (apenas 1 entrevistado mencionou esta questão). Há uma percepção de que o compromisso em compartilhar o modelo exitoso com instituições nacionais e internacionais, a fim de impactar a saúde infantil, suplanta as preocupações com os processos de proteção das inovações, o que pode ser considerado por alguns um certo risco à sustentabilidade organizacional no longo prazo. Percebe-se, no entanto, que há certa proteção do conhecimento tácito (“segredo industrial”) quanto ao “como fazer”, “como implementar” do modelo brasileiro, principalmente quando se trata de grupos ligados à indústria ou a modelos internacionais não alinhados ao modelo brasileiro.

Outros achados-chave podem ser mencionados quando o tema é a possibilidade de reproduzir estas práticas em outras áreas e setores. É possível extrair do conjunto das falas e respostas de que, apesar de complexo, pessoas-dependente, é possível replicar estes padrões, práticas, processos e até mesmo compartilhar o uso de plataformas tecnológicas e sistemas ligados à gestão ou inteligência da rede com outras iniciativas.

Em termos de percepções gerais, este estudo de caso nos leva a corroborar as proposições de Piening (2013) de que a “quando recursos suficientes estão disponíveis, a insatisfação com as capacidades operacionais existentes aumenta a probabilidade de as organizações públicas desenvolverem e implementarem capacidades dinâmicas” e que “quanto maior a turbulência ambiental, maior a probabilidade de que organizações públicas (a) invistam em capacidades dinâmicas e (b) se beneficiem de ter capacidades dinâmicas.

Por outro lado, algumas questões para pesquisas sequenciais podem ser exploradas, por exemplo, a respeito do futuro do aleitamento materno e da doação de leite humano frente aos avanços tecnológicos indiscutíveis quanto à produção de células, tecidos e quem sabe, leite humano por máquinas e robôs, já que os números discutidos neste trabalho apontam para uma estabilidade das prevalências de aleitamento materno exclusivo a partir do ano de 2006 no Brasil. Ou seja, o quanto que a tecnologia poderá ou não mediar a entrega de valor aos envolvidos neste processo, mãe e recém-nascido?

Outro ponto que merece destaque é a capacidade dos estudos de medirem cada vez mais com maior precisão a dimensão do lucro sanitário envolvido em todo este processo de aleitamento e doação de leite humano, bem como a importante redução da carga de doenças que é de complexa medição, já que há questões multifatoriais envolvidas na melhoria dos indicadores de saúde infantil. É preciso considerar que a discussão de “cuidados baseados em entrega de valor” parece tomar lugar cada vez mais central nos sistemas de saúde ao redor do mundo.

Pergunta-se também se há espaço para os Bancos de Leite Humano se tornarem um *locus* privilegiado (*hub*) no sistema de saúde, expandindo e multiplicando a sua atuação, voltando-se para a prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde para a clientela-alvo e níveis de complexidade do sistema, a partir da integração de práticas portadoras de valor.

Por fim, é evidente que a capacidade de liderança e o modelo mental transformador dos fundadores da RBLH-BR merece atenção de estudos pormenorizados, dado o seu impacto positivo e inovador.

Concluindo, esta tese avançou na geração de conhecimento acadêmico da área de Estratégia, Inovação, Capacidades Organizacionais no setor público e também para entendimento dos fatores relacionados ao êxito de políticas públicas de saúde. Entendemos que este trabalho contribuiu para dar luz e entendimento ao case da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como uma política ou um conjunto de políticas públicas exitosas no país, servindo de modelo para que outras iniciativas levem em conta tal experiência e acelerem suas curvas de aprendizado na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.

Em tempos de crise político-financeira, rumos incertos para o Sistema Único de Saúde em seus 30 anos de idade, parece-nos um alento perceber que organizações públicas geram valor público e podem ser consideradas exitosas na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDENUR, A.E. South-South Cooperation in Public Health: Brazil's Human Milk Bank Network. Institute of International Relations. Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro (PUC-Rio). 2015.

AGÊNCIA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde lança Campanha para Doação de Leite Humano. 2017. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28416-ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-doacao-de-leite-humano>>

ALENCAR, SMS. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.

ALMEIDA, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura [online]. Rio de Janeiro: Editora. FIOCRUZ, 1999.

ALMEIDA, J.A.G. Diálogos sobre Política Externa: João Aprígio Guerra de Almeida. Entrevista. Ministério das Relações Exteriores, Brasil. 2014. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=HLa1WYC0UDU>>.

ALMEIDA, J.A.G. Fiocruz participa da Semana Mundial de Amamentação 2017. Entrevista. Blog da Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 2017. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/52806-fiocruz-participa-da-semana-mundial-de-amamentacao-2017>>.

ALMEIDA, J.A.G. Programa de Bancos de Leite Humano. Entrevista. Agência Brasileira de Cooperação. Ministério das Relações Exteriores, Brasil. 2014. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=YyxDwDIXg6U>>.

ALMEIDA, J.A.G. Programa ibero Americano de Bancos de Leite Humano. Secretaria Executiva do Programa IberBLH. Apresentação realizada na SEGIB, Espanha. 2014

ALMEIDA, J.A.G. Programa Ibero Americano de Bancos de Leite Humano. Secretaria Executiva do Programa IberBLH. Apresentação realizada na SEGIB, Espanha. 2014

ALMEIDA, JAG. Comunicação Oral no Fórum Internacional de Bancos de Leite Humano. Brasília. 2015.

ANDREWS, R., BEYNON, M. J., MCDERMOTT, A. M. Organizational capability in the public sector: A configurational approach. *Journal of Public Administration Research And Theory*, 2016, 239–258.

BALESTRIN, A., VERSCHOORE, R., & REYES JR., E. O campo de estudo sobre redes de cooperação interorganizacional no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, 14 (3) Maio/Junho, 2010.

BARNEY, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. doi:10.1177/014920639101700108

BARON, G. & MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations Sociales*, n.110:1-7, 2003.

BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 100(10):1877-89, 2010.

BOCCOLINI CS, BOCCOLINI PMM, MONTEIRO FR, VENÂNCIO SI, GIUGLIANI ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* 51:108, 2017.

BOCCOLINI CS, CARVALHO ML, OLIVEIRA MIC, BOCCOLINI PMM. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):399-404. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000500006>

BOCCOLINI CS, BOCCOLINI PMM, CARVALHO ML, OLIVEIRA MIC. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(7):1857-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700025>

BORINS, S., *The Challenge of Innovating in Government*, PricewaterhouseCoopers Endowment for the Business of Government, Arlington, VA. 2001.

BORINS, S., *The Persistence of Innovation in Government.*” Series: Brookings / Ash Institute Series, *"Innovative Governance in the 21st Century"*. 2014.

BOZEMAN, B. *All organizations are public: bridging public and private organizational theories.* San Francisco, Jossey-Bass. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Aleitamento Materno. Acesso em 28/07/2017. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/07/Boletim-Aleitamento-Materno.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Acesso em 28/07/2017. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.195-212.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno - Acesso em 28/07/2017. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* [recurso eletrônico]- Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CÁNEPA M. Un modelo de cooperación horizontal: La Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana (BLH) [Estudo de Caso] [Internet]. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín; 2011.

CÁNEPA M. Un modelo de cooperación horizontal: La Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana (BLH) [Estudo de Caso] [Internet]. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín; 2011.

CARTA DE BRASÍLIA 2010 - Fórum Internacional de Bancos de leite Humano - Acessado em 28/07/2017. Disponível em < [www.iciet.fiocruz.br](http://www.iciet.fiocruz.br) >

CARTA DE BRASÍLIA 2015 - Fórum Internacional de Bancos de leite Humano - Acessado em 28/07/2017. Disponível em < [www.iciet.fiocruz.br](http://www.iciet.fiocruz.br) >

CHANDLER, AD. Organizational capabilities and the economic history of the industrial enterprise. - The Journal of Economic Perspectives, 1992 – JSTOR

CONSTANCIO TI. Trajetórias Assistenciais de Pacientes com Câncer: Aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Niterói: Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, 2012. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/images/Documentos/dissertacoes/thiago-constancio.pdf>>

CONSTANCIO TI. Trajetórias Assistenciais de Pacientes com Câncer: Aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão. in Prêmio IESS de produção científica em saúde suplementar: promoção da Saúde : 2011 a 2015 / São Paulo: Midiograf, 2016. P. 95-119. 220 p.: il. ISBN 978-85-8396-072-0. Disponível em < [http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=824&id\\_tipo=15](http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=824&id_tipo=15)>.

CONSTANCIO, TI. Proposta de Cesta de Indicadores de Desempenho Hospitalar para o IFF pela Ótica da Governança Pública para Resultados, TCC da Especialização em Gestão de Organizações de C&T em Saúde, ENSP/EGS. Fiocruz. 2013.

CONTANDROPOULOS AP, CHAMPAGNE F, Denis JL, PINEAULT T. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p.28-48

CORDES-BERSZINN, Philip (November 2013). *Dynamic Capabilities: How Organisational Structures Affect Knowledge Processes*. Palgrave Macmillan. Retrieved September 16, 2014.

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. São Paulo: Cortez; 2002.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3.a ed. São Paulo: Atlas, 1981.

EISENHARDT, K.M., MARTIN, J.A., 2000. Dynamic capabilities: what are they? *Strateg. Manage. J.* 21 (10–11), 1105–1121.

ESTEVEES, P., FONSECA, JM, GOMES, JZ. Is there a Brazilian solution for every African problem? *Brazilian Health Cooperation in Angola (2006-2015)*. *Rev. Carta Inter.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, 2016, p. 152-176. Disponível em: <<https://www.cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/561/319>>.

Acessado em 08 de junho de 2019.

FERNANDEZ, S. & RAINEY, H.G. (2006) 'Managing successful organizational change in the public sector', *Public Administration Review*, vol. 66, no. 2, pp. 168-176.

FIANI, R. *Cooperação e conflito: instituições e desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Disponível em <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>

FIOCRUZ. VI Congresso Interno da Fiocruz - Plenária Extraordinária, Documento de Referência, 2011. Disponível em: [http://congressointerno.Fiocruz.br/sites/congressointerno.Fiocruz.br/files/documentos/docdereferencia\\_plenaria\\_extra.pdf](http://congressointerno.Fiocruz.br/sites/congressointerno.Fiocruz.br/files/documentos/docdereferencia_plenaria_extra.pdf). Acessado em 08 de junho de 2019.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 a 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol*, 20(S1): 46-60, 2017.

FREEMAN, Chris. The determinants of innovation: Market demand, technology, and the response to social problems. *Futures* 11 (3): 206–215, 1979.

FUNG, V.K., FUNG, W. K. E WIND, Y. *Competitividade em redes. O imperativo da orquestração*. Adaptado de Fung, V.K., Fung, W. K. e Wind, Y. *Competindo*

em um mundo plano: como construir empresas para um mundo sem fronteiras, São Paulo: Bookman Editora, 2008.;

GALLIERS, R.D., Further Developments in Information Systems Strategizing: Unpacking the Concept. In: Galliers, R.D., Currie, W.L. (Eds.), The Oxford Handbook of Management Information Systems: Critical Perspectives and New Directions. Oxford University Press, Oxford, pp. 329–345. 2011.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa Editora Atlas, 1996.

GOLDEMBERG, P. Repensando a Desnutrição como Questão Social. Campinas: Unicamp.1988.

GRANT, R., 'Toward a knowledge-based theory of the firm', Strategic Management Journal, 17 (Winter special issue), pp. 199–122. 1996.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S.; Forth generation evaluation. Sage Publications, Inc, 1989;

GULATI, Ranjay. Alliances and network. Great Britain: Wiley & Son, 2000

GURVITCH, G. Déterminismes sociaux et liberté humaine. Paris. Presses Universitaires de France,1955.

HARTZ, Z. M. A. Resenhas Book Reviews. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1): 1625-1628, 2009;

HARTZ, Z. M. A.; Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs). (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.159 -166.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.

HELFAT, C. E., & PETERAF, M. A. The dynamic resource-based view: capability lifecycles. Strategic Management Journal, 24(10), 997–1010. doi:10.1002/smj.332. 2003.

HELFAT, C. E., & PETERAF, M. A. Understanding dynamic capabilities: progress along a developmental path. Strategic Organization, 7(1), 91–102. doi:10.1177/1476127008100133.2009.

HELFAT, C. E., & PETERAF, M. A. Managerial cognitive capabilities and the microfoundations of dynamic capabilities. Strategic Management Journal, in press. Retrieved from onlinelibrary.wiley.com/ enhanced/doi/10.1002/smj2.2247

HELFAT, C., FINKELSTEIN, S., MITCHELL, W., PETERAF, M., SINGH, H., TEECE, D. AND WINTER, S. (2007); *Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations*. Malden, MA: Blackwell. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Brazilian Breast-feeding Promotion Programme*. Brasília: Gráfica & Editora Independência, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF); *Plano Quadrienal 2011-2014*. Rio de Janeiro, 2011.

JAS, P., & SKELCHER, C. (2005). *Performance Decline and Turnaround in Public Organizations: A Theoretical and Empirical Analysis\**. *British Journal of Management*, 16(3), 195–210. doi:10.1111/j.1467-8551.2005.00458.x

JONES, G. et al. *How many child deaths can we prevent this year?* *Lancet*, 362(9377):65-71, 2003.

KHIENG, S. *Funding Mobilization Strategies of Nongovernmental Organizations in Cambodia*. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, v. 25, n. 6, p. 1441-1464, 2014.

KLIJN, EH; STEIJN, B and EDELENBOS, J. *The impact of network management on outcomes in governance networks*. *Public Administration* Vol. 88, No. 4, 2010 (1063–1082).

KOHLI; MELVILLE. *Digital innovation: A review and synthesis*. *Info Systems J.* 2018;1–24. DOI: 10.1111/isj.12193

KOPPENJAN, J.F.M. and KLIJN, E.H.. 2004. *Managing Uncertainty in Networks*. London: Routledge.

KWASNICKA, E. L. *Governança Gestora na rede de negócios: um estudo comparativo*. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, v. 8, n. 21, p. 33-42, 2006.

LANSKY, S. et al. *Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém nascido*. *Cadernos de Saúde Pública*, 30:S192-S197, 2014.

LIKERT R. *A Technique for the measumerement of attitudes*. *Archives of Psychology*. 1932;140:1-55.

LOPES, E.S.S.; Trajetória científica e tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz em um cenário de transição epidemiológica no Brasil/ Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2018.

MANUAL DO ALUNO. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento - PPED/IE/UFRJ. 2013.

McCONNELL, ALLAN. "Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between," *Journal of Public Policy*, Cambridge University Press, vol. 30(03), pages 345-362, December. 2010.

MARTINS, H. ; MARINI, C. Guia de governança para Resultados. Brasília. Ed. Publix, 2010.

MAXIMIANO, ANTONIO CESAR A. Introdução a administração. 3ª ed., São Paulo, Editora Atlas, 1992.

MCNULTY, T., & FERLIE, E. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8), 1389–1412. doi:10.1177/0170840604046349

MEIER, K.J. AND L.J. O'TOOLE, JR. 2001. 'Managerial Strategies and Behaviour in Networks: A Model with Evidence from US Public Education', *Journal of Public Administration and Theory*, 11, 3, 271–93.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS S.G., SOUZA E.R., (Orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.

MINAYO, M. C. S.; Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. 33 (1 Supl. 1): 83-91; 2009.



MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-42.

MINAYO, M. C. S.; O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2015/2016. Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, 2017. Acessado em 21/07/2019. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2015\\_2016\\_analise\\_zika.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf)

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 261-276, 2004.

MOREL, C. M. Bridging the gap. *International Innovation*, v. 131, p. 17-19, 2014.

MOREL, C. M. et al. Health Innovation in Developing Countries to Address Diseases of the Poor. *Innovation Strategy Today, United States*, v. 1, n.1, p. 1-15, 2005a.

MOREL CM, ACHARYA T, BROUN D, DANGI A, ELIAS C, GANGULY NK, et al. Health Innovation Networks to Help Developing Countries Address Neglected Diseases. *Science* 309(5733):401–404. 2005b.

NOGALES, A. Mortalidade Infantil e na Infância. Oficina mortalidade materna e infantil. CIT. Ministério da Saúde SVS/CGIAE. 2018. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>>. Último acesso em 10/06/2019.

ONU. Women in business and management: the business case for change / International Labour Office. - Geneva: ILO, 2019.

ORSI, Fabienne et al. Intellectual property rights, antiAids policy and generic drugs: lessons from the Brazilian public health program. In: CORIAT, Benjamin et al. 2003.

OSBORNE, D. & GAEBLER, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.

OSBORNE, S.; BROWN, K. *Managing change and innovation in public service organizations*. Oxon: Routledge, 2005.

PENROSE, E. T. (1959). *The theory of the growth of the firm*. New York: John Wiley.

PETERAF, M., DI STEFANO, G., & Verona, G. (2013). The elephant in the room of dynamic capabilities: Bringing two diverging conversations together. *Strategic Management Journal*, 34(12), 1389 –1410.

PIENING, E.P. ; Dynamic Capabilities in Public Organizations, *Public Management Review*, 2013. Vol. 15, No. 2, 209–245, <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2012.708358>. 2013.

PISANO, G., & TEECE, D. J. (2007). How to capture value from innovation: Shaping intellectual property and industry architecture. *California Management Review* 50(1), 278 –296.

PITTAS TM, DRI C. The dialog between health and foreign policy in Brazilian cooperation in human milk banks. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2277-2286, 2017

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RASHMAN, L., WITHERS, E. & HARTLEY, J. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 11(4), 463-494.

RODRIGUES, LC. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. *Revista avaliação de políticas públicas*. Ano 1 – vol. 1 – nº 1 – JAN-JUN – 2008. FORTALEZA — CE.

RØTTINGEN JA, CHAMAS C. A new deal for global health R&D? The recommendations of the Consultative Expert Working Group on Research and Development (CEWG). *PLoS Med*. 2012 May;9(5):e1001219.

SCHUMPETER, J. A. Theory of Economic Development. Harvard University Press, Cambridge, MA. 1934.

SCHUMPETER, J. A. Capitalism, Socialism, and Democracy. Harper, New York. 1942.

SILVEIRA e CÓRDOVA A pesquisa Científica. In.: Métodos de pesquisa. [organizado por] Gerhardt e Silveira; Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS / Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009;

SOMAYA D, TEECE DJ. Patents, licensing and entrepreneurship: effectuating innovation in multi-invention contexts. In Entrepreneurship, Innovation, and the Growth Mechanism of the Free-Market Enterprise, Sheshinski E, Strom RJ, Baumol WJ (eds). Princeton University Press: Princeton, NJ; 185 – 212. 2007.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo\\_franca\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf)>.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. J Med Educ, n. 54, p. 361-9, 1979.

STIGLITZ JE: Trade agreements and health in developing countries. Lancet. 2009, 373 (9661): 363-365.

TEECE, D. J. Dynamic Capabilities: Routines versus Entrepreneurial Action. Journal of Management Studies, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2012.01080.x>>.

TEECE, D. J.; PISANO, G. The dynamic capabilities of firms: An introduction. Industrial and Corporate Change, v. 3, n. 3, p. 537-556, 1994.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. Strategic Management Journal, v. 18, n. 7, p. 509-533, 1997.

TEECE, D. Profiting from technological innovation: Implications for integration, collaboration, licensing and public policy. School of Business Administration, University of California, Berkeley, 1986. CA 94720, U.S.A.

TEECE, D.J. Explicating Dynamic Capabilities: Nature and Microfoundations. *Strat. Mgmt. J.*, 28: 1319–1350 (2007) DOI: 10.1002/smj

TEECE, D.J., *Dynamic Capabilities and Strategic Management: Organizing for Innovation and Growth: Organizing for Innovation and Growth*. Oxford University, Oxford, U.K. 2009.

TEECE, D.J., The foundations of enterprise performance: dynamic and ordinary capabilities in an (economic) theory of firms. *Acad. Manage. Perspect.* 24 (4), 328–352. 2014.

TEMPORÃO, J. G. A anemia do orçamento. *Carta Capital*, 2014.

TONDOLO, V. A. G.; TONDOLO, R. R. P.; CAMARGO, M. E.; GUERRA, R. M. A. Capacidades Dinâmicas em Organizações Sem Fins Lucrativos: uma Proposta de Mensuração para o Terceiro Setor. *Revista Eletrônica Científica do CRA-PR*, v. 5, n. 1, p. 18-33, 2018.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência. Infância ainda vulnerável. 2006. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags\\_008\\_019\\_Mortalidade.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf)> . Acessado em 28/07/2017.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança. *Manual Técnico*. Genebra: OMS/UNICEF, 1993. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. 2008. Acessado em 28/07/2017. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)>.

UNICEF. Levels & Trends in Child Mortality Report 2015. Acessado em 05/07/2019. Disponível em <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2015/>

UNICEF. Levels & Trends in Child Mortality Report 2018. Acessado em 10/07/2019. Disponível em [https://www.unicef.org/publications/index\\_103264.html](https://www.unicef.org/publications/index_103264.html).

VELHO, L. Apresentação: Christopher Freeman - The Determinants of Innovation. *Revista Brasileira De Inovação*, 9(2), 215-230. 2010.

VENANCIO SI, SALDIVA SRDM, MONTEIRO CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. Rev Saude Pública. 2013; 47(6):1205-1208. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>

VERGARA, S.C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração Editora Atlas, 2000.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21<sup>st</sup> century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. Lancet, 387:475-90, 2016.

WANG, C. L.; AHMED, P. K. Dynamic capabilities: A review and research agenda. **International Journal of Management Reviews**, v. 9, n. 1, p. 31-51, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00201.x> >.

WARNER, K.S.R., WÄGER, M., Building dynamic capabilities for digital transformation: An ongoing process of strategic renewal, Long Range Planning (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2018.12.001>.

WEGNER, D. Mecanismos de governança de redes horizontais de empresas: O caso das redes alemãs de grande porte. RGO. Revista Gestão Organizacional (Online), v. 5, p. 10-25, 2012.

WINTER, S.G. Understanding dynamic capabilities. Strategic Management Journal 24:991–5. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6 8 November 2007 in Washington DC, USA. Geneva; 2008 [citado 27 abr 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf)

YEOW, A., SOHB, C., HANSENC, H.; Journal of Strategic Information Systems (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsis.2017.09.001>

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre : Bookman, 2001.

## SITES CONSULTADOS

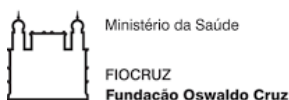
PROGRAMA IBERO AMERICANO DE BANCOS DE LEITE HUMANO -  
Acessado em 08/03/2017. Disponível em <[www.iberblh.iciict.fiocruz.br](http://www.iberblh.iciict.fiocruz.br)>

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO – RBLH-BR. Sítio  
Eletrônico. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Disponível em <  
<https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh>>. Acessado em 08/03/2019.

HUMAN MILK BANKING ASSOCIATION OF NORTH AMERICA. Acessado em  
08/03/2019. Disponível em < <https://www.hmbana.org/>>

EUROPEAN MILK BANK ASSOCIATION. Acessado em 08/03/2019. Disponível  
em <<http://europeanmilkbanking.com>>

## ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (1/2)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE<sup>1</sup>

Título do estudo: Inovação e capacidades dinâmicas: Um estudo sobre o desempenho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH)

Pesquisador responsável: Thiago Constancio.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) - Endereço: Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo. Rio de Janeiro - Brasil | CEP: 22.250-020 - Telefone: (21) 99540-4101 | (21) 2554-1881 - E-mail: [tconstancio@gmail.com](mailto:tconstancio@gmail.com)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Inovação e capacidades dinâmicas: Um estudo sobre o desempenho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH)” por ter função de gestão em um Banco de Leite Humano. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. O preenchimento do instrumento de pesquisa será entendido como aceite à participação. Caso tenha alguma dúvida, esta pode ser esclarecida com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

---

Concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da Pesquisa “Inovação e capacidades dinâmicas: Um estudo sobre o desempenho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH)”. Estou ciente que:

1. A pesquisa tem o objetivo de realizar o levantamento quantitativo de informações que identifiquem a visão dos gestores de BLH sobre: (i) os principais fatores associados ao bom desempenho de uma política pública de saúde, (ii) oportunidades de melhoria para a própria rBLH-BR a partir das reflexões em cima das percepções dos seus gestores sobre o tema, (iii) o perfil dos gestores e (iv) pontos-chave replicáveis em outras políticas públicas de saúde no Brasil.
2. A pesquisa tem como participantes, os gestores de Bancos de Leite que integram a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.
3. A pesquisa será realizada por meio de questionários eletrônicos enviados aos gestores responsáveis pela unidade de BLH.
4. Os critérios de inclusão na pesquisa são: a) possuir a função de gestão de unidade(s) de BLH e b) concordar em participar do estudo por livre e espontânea vontade, aceitando o Termo de Consentimento livre e Esclarecido – TCLE. Serão excluídos da pesquisa aqueles que não atenderem a estes critérios.

---

<sup>1</sup> Formato eletrônico, acompanhando o questionário online (google forms)

## ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (2/2)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA

5. O principal risco do presente estudo é o de (i) quebra de sigilo e confidencialidade das informações dos respondentes e, para minimizar tal risco, não haverá registro de informações que possam identificar estes participantes como email, nome, IP etc, além da guarda dos dados estar em ambiente seguro com senha de acesso e criptografia de dados. Outro ponto importante de ser considerado é que o manuseio das informações será realizado apenas pelo pesquisador principal. Outro risco avertedado se coloca na (ii) na conduta e reação dos participantes a responderem os questionários, no entanto, pela natureza das perguntas, almeja-se que não haja nenhum tipo de constrangimento com o assunto abordado entre os participantes da pesquisa. Caso isso ocorra, os pesquisadores contam com apoio médico para atender a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que decorra da realização da referida pesquisa, além do apoio e atenção prestados pelo pesquisador durante o processo.
6. A pesquisa é factível e importante para a saúde pública, pois nos ajudará a identificar características do modelo da rBLH-BR e oportunidades de melhoria que poderão aprimorar a própria rede e outras políticas públicas de saúde.
7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o responsável pela pesquisa THIAGO CONSTANCIO no telefone (21) 99540-4101, ou no Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo Rio de Janeiro - Brasil | CEP: 22.250-020.
8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa diretamente com o responsável pela pesquisa e receber no meu email uma via idêntica deste documento contendo tanto o TCLE quanto as perguntas e respostas da pesquisa, basta que efetue tal solicitação pelo email: tconstancio@gmail.com
11. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.
12. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491).



## ANEXO 2 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 3.273.138

Básicas do Projeto	ETO_1318270.pdf	08:54:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_THIAGO_CON STANCIOABR19.pdf	07/04/2019 08:53:01	THIAGO CONSTANCIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ONLINE_Capacidades_Dinamica s.pdf	07/04/2019 08:48:13	THIAGO CONSTANCIO	Aceito
Folha de Rosto	Termo_Thiago.pdf	25/03/2019 23:39:55	THIAGO CONSTANCIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_depto_pesquisa_thiago.pdf	20/03/2019 13:37:29	THIAGO CONSTANCIO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2019

Assinado por:

Ana Maria Aranha Magalhães Costa  
(Coordenador(a))

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

Página 03 de 03