

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA/NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Água Mole em Pedra Dura?

**As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública
do Rio Grande do Norte após a implantação do Programa de
Saúde da Família.**

MARIZA SANDRA DE SOUZA ARAÚJO

Recife, dezembro de 2000

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA/NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Água Mole em Pedra Dura?

**As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública
do Rio Grande do Norte após a implantação do
Programa de Saúde da Família.**

MARIZA SANDRA DE SOUZA ARAÚJO

*Dissertação apresentada ao Mestrado de
Saúde Pública, do Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo
Cruz, para obtenção do grau de Mestre
em Saúde Pública.*

Orientador:

Prof. Dr. Eduardo Freese

Co-orientadora:

Prof^a Ms. Heleny de O. Pena Machado

Recife, dezembro de 2000.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA/NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Água Mole em Pedra Dura?

**As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde
Pública do Rio Grande do Norte após a implantação do
Programa de Saúde da Família.**

MARIZA SANDRA DE SOUZA ARAÚJO

Orientador:

Prof. Dr. Eduardo Freese

Co-orientadora:

Profª Ms. Heleny de O. Pena Machado

BANCA EXAMINADORA

1. Paulo de Medeiros Rocha

Prof. Dr. de Saúde Coletiva, UFRN

2. Zulma Medeiros

Profª Drª de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

3. Eduardo Freese

Prof. Dr. de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Aos três homens da minha vida,
por ordem de chegada.
Meu amor como oferecimento:
Sandrinho, Cainã e Cauê.
Ao meu pai e minha mãe
(razões da minha existência).

AGRADECIMENTOS

A Sandrinho, pelas partilhas e gestação: amor, tesão, filhos, dores e agora a tese.
A Cainã, minha fênix preciosa, que cumpriu sua promessa de permanecer comigo.
A Cauê, meu "pequeninho", pela paciência e compreensão nas minhas ausências.

A Expedito e Marlene, meus pais, por toda força e incentivos recebidos, inclusive aquele de Marlene: "— Não faz mais que a sua obrigação!"

A Mariquinha, minha mãe em Caicó.

A Eduardo Freese, pela ajuda, acolhimento e disposição de dividir dúvidas, aflições e seus conhecimentos na construção coletiva desse produto.

A Heleny, pelo trabalho à quatro mãos, uma experiência muito valiosa. Valeu, a confiança, disposição, amizade e reforços tão importantes para a estruturação desse trabalho; e também por me deixar compartilhar daquela vista linda do seu sobrado em Olinda.

Ao pessoal da SESAP/RN, em especial, Terezinha Rêgo, Gorete Cunha, Agneuda Souza, Solane Maria, Graça Teixeira e Vera Ferreira.

Aos colegas do IV ETAM pelo incentivo e apoio na saída para o mestrado em especial a Pacífico Fernandes, gerente do Escritório e a Érika pela partilha na fase de seleção.

A todos os colegas de mestrado pelo acolhimento, pela amizade e pelo prazer de compartilhar essa etapa do Mestrado (Cleide, Iraci, Henrique, Eduardo, Regina, Telma, Rômulo e Fábio).

Alguns agradecimentos especiais:

A Telma e Regina, por tantos momentos de partilha de conhecimento, em especial a terapia breve com Telma, em Boa Viagem, ajudando-me a permanecer no meu propósito.

A Henrique e Iraci, por intensos momentos lúdicos vividos em Recife.

A Maísa Paulino, um reencontro maravilhoso, no retorno a Natal tão valioso quanto uma declaração de amor.

Ao pessoal do NESC/PE: Nilda, Paulo, Janice, Sara, Mégine e Débora pela ajuda sempre disponível mesmo à distância.

A Nadja Rocha pelas trocas de figurinhas sobre os rumos do PSF em Natal e no estado e por algumas indicações de texto tão valiosas, na fase de elaboração.

A Idê por me apresentar o programa de mestrado em Recife, saiba que você tem um lugar especial em meu coração.

Ao pessoal do NESC/RN: Odéssia, Maria Helena, Davidson e Regina, pela disponibilidade e a ajuda em Natal.

A Raimunda, minha substituta na prática do cuidado com minha casa e os meus filhos.

A Douglas, pela afetividade e presteza vivenciadas aqui em Recife.

Aos professores do mestrado, pelos espaços intercessores de busca do conhecimento.

Aos entrevistados, meu agradecimento especial pela construção conjunta desta investigação.

Ao CNPQ pela ajuda financeira indispensável na realização deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora: Profs. Paulo Rocha e Zulma Medeiros, pela disponibilidade, presteza e, também, tolerância frente ao atraso na entrega do trabalho.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Síntese da direcionalidade normativa instituída pelo PSF/MS- 1994/2000.

QUADRO 2: Composição das estruturas sanitárias do Rio Grande do Norte de 1889-2000.

QUADRO 3: Evolução da Implantação do PSF no RN (1994-2000)

QUADRO 4: Evolução da Implantação do PSF no RN (1994-2000)

QUADRO 5: Mapa de evolução de atividades e desempenho do pólo PSF/RN, 2000

QUADRO 6: Número de profissionais do PSF/SESAP-RN, por gestão, nível e graduação

QUADRO 7: Comparativo dos recursos destinados a área da saúde por elemento de despesa de 1995/1999 na SESAP/RN.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS: Ações Integradas de Saúde
ASPLAN: Assessoria de Planejamento
CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERES: Comissão Estadual de Reforma Sanitária
CES: Conselho Estadual de Saúde
CIB: Comissão Intergestora Bipartite
CIS: Comissão Intermunicipal de Saúde
CLIS: Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CMS: Conselho Municipal de Saúde
CNS: Conferência Nacional de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CODESA: Coordenadoria de Saúde
COFI: Coordenadoria de Administração e Finanças
COFI: Coordenadoria de orçamentos e Finanças
COHUR: Coordenadoria de Hospitais e Unidades de Referência
COHUR: Coordenadoria de Hospitais e Unidades de Referência
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPAC: Coordenadoria de programação avaliação e Controle
COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVISA: Coordenadoria de Vigilância Sanitária
CPS: Coordenadoria de Promoção à Saúde
CRH: Coordenadoria de Recursos Humanos
CRIS: Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
DIREs: Diretoria Regional de Saúde
ETAMS: Escritórios Técnicos de Apoio ao Município
FAE: Fator de Apoio ao Estado
FAM: Fator de Apoio Municipal
FEM: Fator de Estímulo à Municipalização
FNS ou FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

FSESP: Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNGEL: Fundação Hospitalar Walfredo Gurgel
IAP: Instituto de Aposentadorias e Previdência
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC: Instituto Educação e Comunicação
IES: Instituições de Ensino Superior
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
LOS: Lei Orgânica da Saúde
MS: Ministério da Saúde
NESC: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB: Norma Operacional Básica
OGE: Orçamento Geral do Estado
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU. Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-americana de saúde
PAB: Piso Assistencial Básico
PCCV: Plano de Cargos Carreira e Valorização
PEC: Proposta de Emenda Constitucional
PES: Plano Estadual de Saúde
PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNACS E PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
REFORSUS: Reforço à Reorganização do SUS
RENIS: Rede Nacional de Informação em Saúde
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SESAP/RN: Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAB: Sistema de Informação em Atenção Básica
SIEC: Subcoordenadoria de Informação Educação e Comunicação em Saúde
SINDMED/RN: Sindicatos dos Médicos do Estado do RN

SINDSAÚDE/RN: Sindicato dos Trabalhadores de Saúde do RN

SNAS: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SSAP/RN: Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

SUAS: Subcoordenadoria de Ações de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIGISUS: Projeto de Estruturação da Vigilância à Saúde do SUS

Sumário

Resumo

Abstract

Apresentação.....01

Capítulo 1: Elementos da fundamentação teórica do estudo04

1.1. A administração pública, as mudanças organizacionais no setor saúde brasileiro e o novo papel da SES07

1.2. A gestão estadual e o seu lugar no desenvolvimento organizacional do SUS 10

1.3. O PSF e as perspectivas de mudanças organizacionais na SES.....17

1.4. Proposição31

Capítulo 2: O Percurso metodológico32

2.1. Definição do estudo.....33

2.2. O campo de análise34

2.3. Os procedimentos e o instrumental metodológico35

2.4. Análise do material36

Capítulo 3: As Mudanças organizacionais da gestão estadual da saúde no RN39

3.1. Primeiro Ciclo (1889-1932) ou Ciclo da Caridade40

3.2. Segundo Ciclo (1933-1963): expansão dos serviços.....	42
3.2.1. Subciclo I (1933-1945) – Ciclo da centralização.....	42
3.2.2. Subciclo II (1945-1963) – Ciclo da expansão.....	44
3.3. Terceiro Ciclo (1964-1976): nova centralização	45
3.4. Quarto Ciclo (1977-1990): desconcentração	48
3.5. Quinto Ciclo (1991-1993): de reformas incrementais	54
Capítulo 4: As Mudanças organizacionais na SESAP/RN e o PSF no Rio Grande do Norte (1994-2000): o que bate e o que fura	61
4.1. O contexto político	61
4.2. Fase I (1994/1997): baixo incremento	63
4.2.1. Gestão 1994.....	63
4.2.2. Gestão 1995/1996.....	65
4.2.3. Gestão 1996/1997.....	73
4.3. Fase II (1998-2000): alto incremento	75
4.3.1. Gestão 1997-1998	76
4.3.2. Gestão 1999-2000	82
4.4. Algumas considerações finais antes do final	100
Considerações Finais: a água que não fura	106
Referências Bibliográficas	112
Anexos	119

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar as mudanças organizacionais ocorridas na Secretaria Estadual de Saúde Pública/Rio Grande do Norte (SESAP/ RN), no período de 1994 a 2000, e o potencial instituinte do Programa de Saúde da Família (PSF) para produção dessas mudanças. Para tanto, toma-se como referencial de análise, o processo de implementação do programa numa organização pública. Tenta-se apreender as singularidades desse processo, através do contexto social e político da ação, da movimentação dos atores na construção da viabilidade e direcionalidade da estratégia. Para tanto, realiza-se um estudo de caso do tipo exploratório de caráter qualitativo. Os resultados da investigação apontam para um baixo potencial instituinte do PSF nas mudanças organizacionais observadas. Depreende-se que o tipo de mudança processada na organização varia segundo os atores institucionais à frente da gestão e podem ser classificadas como mudanças adaptativas e programadas. Dentro do movimento reformador instituído na SESAP/Rn é possível identificar permanências e mudanças. Das permanências destacam-se o centralismo burocrático, a privatização do espaço público e o clientelismo nas instâncias de gestão, como elementos ainda presentes nas estruturas administrativas. As mudanças são expressadas pela descentralização administrativa provocado pela municipalização das ações de saúde, pela entrada de novos atores nas instâncias de gestão, pela racionalização dos recursos para o setor e pelo enxugamento do ente administrativo provocando o esvaziamento do nível central e a deficiente assunção das suas funções administrativas. Sinaliza para o fato de que a estratégia possui potencial instituinte para produzir mudanças organizacionais da SESAP/RN, desde que seja criada sua viabilidade política dentro da organização.

Abstrat

This labor have as objective to analyze the organizations changing occurred in Secretaria Estadual de Saúde Pública/Rio Grande do Norte (SESAP/RN), from 94 until 2000 and the institute potential of Programa Saúde da Família (PSF) for production of that changing. For so much, we take as analyses referential the process of program's implementation in a public organization. We try to learn the process singularities, through the social and policy context action, the actors motion in the viability and strategy direction construction. For so much, we realize one exploratory study of case with qualitative character. The investigation results points to a low institute potential of PSF in the organizational changing observed. We apprehend that the kind of processed changing in the organization changes according to institutional actors responsible by the government and can be classify as adapt and programmed change. Sign to a fact that the strategy has institute potential to make organizational changing of SESAP/RN, since create your policy viability in the organization.

APRESENTAÇÃO

Analisar o terreno das mudanças organizacionais sem levar em consideração a dimensão política que o envolve, é fazer uma trajetória sobre um terreno árido e despovoado de sujeitos. Isto acontece quando se valorizam as estruturas em detrimento das atividades relacionais que se desenvolvem nos espaços concretos, que envolvem os sujeitos com seus conflitos, desejos e disputas.

As preocupações da presente dissertação se direcionam ao caminho da ação estatal, através da análise do modo de operar das organizações do Estado, reconhecendo-as como espaço de disputa de recursos e projetos.

Os processos de reformas instituídas no campo da saúde, no Brasil consolidando-se com a constituição do SUS, no final dos anos 80, coincidem com o contexto de Reforma do Estado. Esses processos ganham um maior incremento nos anos 90, com a regulamentação do Sistema de Saúde, através das diversas Normas Operacionais Básicas de 91, 93 e 96. O objetivo das normas é de regular a implementação do SUS nos seus diversos níveis de gestão.

A redefinição dos papéis das instâncias gestoras do sistema com a constituição do SUS gerou uma grave crise de identidade nas Secretarias Estaduais de Saúde pelas dificuldades dessas instâncias assumir seu novo papel, no caso a coordenação e regulação das políticas de saúde, superando seu caráter executivo.

No meio a essa crise das instâncias estaduais, os processos de operacionalização do SUS são encaminhados e várias propostas apresentadas com vistas à construção de um novo modelo assistencial, de acordo com os princípios do SUS. Destaca-se, dentre estas, o Programa de Saúde da Família.

De acordo com os documentos oficiais do programa, o PSF atualmente constitui-se como uma estratégia de reorganização das práticas sanitárias do SUS em nível da atenção, constituindo-se num processo instituinte de mudanças que podem ser operadas no plano organizacional e gerencial.

Vários estudos reconhecem a situação potencial da estratégia no sentido de promover mudanças nas esferas de gestão do SUS. Na sua grande maioria tratam-se de análises no plano municipal, com destaque para os estudos de

Cunha (1996), Fonseca (1997), Andrade (1998), Rocha (2000) e Machado (2000). No entanto, esses trabalhos vêm privilegiando as instâncias municipais de gestão, o que demonstram indícios de afastamento da produção teórica conceitual na perspectiva da esfera estadual.

Visando contribuir com esse debate, o trabalho busca analisar as mudanças organizacionais da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) estabelecendo o potencial instituinte do Programa de Saúde da Família (PSF) na consecução dessas mudanças.

Para a análise do potencial instituinte do programa analisa-se a construção da sua viabilidade e a forma como é trabalhada a sua permanência institucional, através da direcionalidade normativa instituída pela estratégia na SESAP/RN. Dessa forma, estaremos também analisando o desempenho da SESAP/RN na coordenação de uma política estadual.

A escolha pela esfera estadual como objeto de análise deste estudo, passa pelo entendimento do seu importante papel na coordenação das políticas estaduais do SUS, tanto no sentido de mediar a relação dos municípios com o ente federal como pelo fato de qualificar a intervenção do município no exercício e execução das suas políticas de saúde. Já a escolha pelo PSF parte do entendimento de ser atualmente a estratégia que vem apontando mudanças significativas nas práticas assistências do SUS, sinalizando também, para mudanças no campo organizacional, fato já destacado no estudo de Dal Poz & Viana, 1998.

Neste estudo são destacadas as mudanças operadas pelo programa na esfera federal, no sentido de imprimir um novo formato organizacional de estratégia dentro do MS, possibilitando sua viabilidade política-administrativa e um maior impacto da sua implantação em todo país. Do ponto de vista da implantação nos municípios o estudo chama atenção para qualificação desse processo quando há participação da esfera estadual como parceira e colaboradora desse processo reforçando a sua nova função administrativa dentro do SUS.

Como questões do estudo trabalha-se com as seguintes situações:

- 1- As mudanças organizacionais ocorridas na SESAP/RN, são decorrentes da implantação do PSF?
- 2- O incremento do processo de implantação do PSF no RN é um elemento potencializador de mudanças organizacionais na SESAP/RN?

3- Em que medida o PSF tomado como projeto estruturante do MS consegue ser tomado como projeto estruturante no RN?

O recorte temporal de análise compreende os anos iniciais de implementação do programa que vai de 1994 ao ano de 2000.

Três elementos serão considerados para análise: o contexto político-institucional; os atores participantes: seu entendimento acerca do PSF; a construção das viabilidades política e organizacional, além da direcionalidade normativa instituída pelo programa na SESAP/RN.

Este cenário guarda dinamismo e movimento próprios, que dão forma e vida à organização, no caso específico, uma política estadual de saúde, guardando singularidades próprias de uma instância intermediária do sistema único de saúde, a qual estabelece relações com o nível municipal e federal simultaneamente; tanto no campo da saúde como também em outros campos da política nas diversas esferas de governo. Essa rede complexa expressa o campo político da política, entendido como espaço de conflitos e disputas de poderes e projetos (Bourdieu, 1989).

Os estudos desenvolvidos na área de saúde sobre o PSF têm privilegiado os aspectos da estrutura, funcionamento e inovações assistenciais imprimidos pelo programa. Neste sentido, o presente estudo se revela inovador, quando escolhe uma ação institucional da esfera estadual, observando os seus componentes instituintes nas mudanças organizacionais desse nível de gestão.

O fato da autora está inserida profissionalmente na esfera de gestão estadual, e dessa forma. Acompanhando, o desenvolvimento das estratégias de mudanças organizacionais, no contexto de reforma administrativa do ente estadual e federal, são também, elementos instigadores na realização desta pesquisa.

O corpo deste trabalho consta de quatro capítulos, além das considerações finais, das referências bibliográficas e dos anexos. No primeiro apresentam-se brevemente alguns elementos que irão compor o referencial teórico do estudo. Inicialmente situa-se a crise do Estado brasileiro e o contexto de reforma como moldura para a análise das mudanças do SUS, a crise de identidade das secretarias estaduais de saúde, o surgimento do Programa de Saúde da Família e o entendimento do mesmo como possível elemento potencializador

de mudanças nas esferas administrativas do SUS. Apontam-se no final, as proposições acerca do objeto e os objetivos do trabalho.

No segundo capítulo, mostra-se o percurso metodológico da investigação, no capítulo terceiro, organiza-se uma síntese da composição das estruturas sanitárias no Rio Grande do Norte, através de um percurso histórico ao longo desse século sob a perspectiva de alguns estudos já produzidos sobre o tema no estado.

Para no quarto capítulo abordar as mudanças organizacionais da SESAP/RN, a partir do processo de implantação do PSF no estado, estabelecendo-se as relações existentes entre o processo de implantação da estratégia e as mudanças operadas na organização. Para tanto, organiza-se a discussão em duas fases, a partir da implantação da proposta. A discussão baseia-se no rastreamento da viabilidade política e organizacional, além da descrição da direcionalidade normativa da proposta em questão.

Dentro da viabilidade organizativa, destacam-se dois momentos de reforma administrativa na SESAP/RN tentando estabelecer se esse processo é decorrente da implantação do PSF, na gestão de 1995 e em 1999. Compreende-se que esses cenários podem refletir a intencionalidade das mudanças; reforçando práticas já instituídas, ou construindo novas práticas a serem assimiladas.

Nas considerações finais desta investigação, concluiremos com a apresentação das mudanças, a identificação da forma como foram processadas, classificando-as, segundo o referencial teórico e estabelecendo os elementos que a institui. Como formato final identifica-se se há constituição de um novo ciclo nas estruturas sanitárias da SESAP/RN.

Capítulo 1

ELEMENTOS DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

A ciência é uma forma ocular de experimentar o mundo. Ela nasceu a partir do desejo de ver o mundo com os olhos capazes de ver o invisível. Pois é isso que são as teorias. Óculos de palavras, através dos quais vemos o mundo de uma forma escondida aos olhos comuns. Mas o olhar contém uma maldição: somente é possível ver a distância. Vejo o que está longe do corpo. Impossível ler um texto colado aos olhos. Os prazeres do contato do corpo são incompatíveis com a visão (imagino que essa é a razão pela qual os amantes fecham os olhos para beijar...).

Rubem Alves.

Capítulo 1

ELEMENTOS DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

O processo da redemocratização e o percurso da descentralização no país exigem uma remodelagem das estruturas político-institucionais dos diversos setores de governo, inclusive do setor saúde. Novos traçados precisam ser desenhados para dar conta das demandas emergentes, diferentes dos anteriores que tinham na centralização e no autoritarismo os seus pontos fundantes.

A discussão em torno da reorganização jurídico-institucional no Brasil, via Reforma do Estado, remete para a discussão do papel e da função do Estado no mundo contemporâneo e no contexto das sociedades periféricas. Requer, portanto, que se retomem concepções sobre a sua natureza, suas características e desdobramentos possíveis que podem influenciar a ordem político-institucional do setor saúde.

O significado da palavra Estado está relacionado a um conjunto de poderes políticos de uma nação (Aurélio, 1986). Gruppi (1985) identifica mais dois elementos constitutivos do Estado, além do poder político: o povo e o território.

A integração entre o Estado de direito (sociedade política) e o Estado social (sociedade civil) dá origem à concepção contemporânea de Estado. A mudança se processa a partir da segunda metade do século XIX, alterando a forma jurídica, os processos de legitimação e a estrutura administrativa do Estado (Bobbio et al, 1992).

Marx e Engels no século XIX, introduzem o caráter de classe do Estado. Gramsci já neste século, trabalha a noção de Estado repensando a sua concepção e introduzindo algumas categorias de análise, tais como *consentimento*, *hegemonia*, *sociedade civil* e *sociedade política*. O conceito de Estado é ampliado sendo “...compreendido como espaço de disputa de hegemonia e de luta de classes” (Gramsci *apud* Gruppi, 1983). “...locus de poder, onde se entrecruzam as relações econômicas políticas e sociais” (Barros, 1996, p. 06).

Este trabalho identifica no conceito de Estado ampliado, aquele que permite ver essa instituição como instância operadora de mediações racionais, instituída de forma ética democrática e sistemática no seio da sociedade. Entende assim que a centralidade de sua função está no equacionamento coletivo dos problemas, através da disputa de hegemonia entre projetos políticos da sociedade em suas instâncias de gestão. Com essa compreensão buscar-se-á estabelecer relações cabíveis para o campo da saúde.

A existência das instituições no Estado Moderno, conforme descreve Melo (1996), podem ser entendidas como instâncias que servem para superar dilemas de ação coletiva, estruturando o relacionamento entre os indivíduos e as várias unidades do sistema político e econômico. A consecução do preceito de “bom governo” passa pela observância do uso apropriado dos recursos, o que significa a adoção do paradigma¹ da *Governance*².

As crises provocadas pelo esgotamento do padrão “fordista” e pela consequente dificuldade de implantação das políticas estatais, dado o impacto sobre o financiamento público dessas ações, trazem à tona a crítica ao Estado, a partir de um movimento antiestatista, que ganha força nos anos 60 e se alastra por todo mundo. O caldo de modernização, exclusão, crise e necessidade de reprodução do sistema capitalista, enfatiza a reflexão sobre a natureza do Estado Capitalista e do seu papel mediador, trazendo à tona as velhas teses sobre Estado (Barros, 1996).

Dois momentos dessa crise são destacados no âmbito mundial. O primeiro durante a primeira guerra mundial, no ápice da hegemonia do capital inglês e o segundo, nos anos 80, em torno da hegemonia capitalista americana. Essa última, possui dimensões maiores, e sua extensão alcança toda economia mundial, esboça de forma pluridimensional e vai afetar todos os planos da organização

¹ Paradigma é entendido como um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados por membros de uma comunidade científica (Kuhn, 199..)

² A *Governance*, conforme descreve Diniz(1996), diz respeito à capacidade organizativa no sentido ampliado, incluindo a capacidade da ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas. Constitui um conjunto de mecanismos que incluem a abertura democrática do Estado, imprimindo a permeabilidade necessária para a participação social, nos processos de formulação e execução das políticas estatais, introduzindo novos arranjos institucionais nas estruturas administrativas.

humana, impondo a receita neoconservadora de redução dos gastos públicos, desregulamentação do mercado, privatização e descentralização (Fiori, 1995).

No Brasil, a formação do Estado expressa-se em dois ciclos homogêneos: o primeiro ciclo de aproximadamente 60 anos, se caracteriza por uma concentração e centralização do poder no Estado central, estando relacionado à ampliação do papel econômico do Estado. Nesse processo, dá-se origem a tecnoburocracia brasileira. O segundo ciclo se inicia na década de 80 e está relacionado à crise geral do sistema capitalista mundial e à insolvência do Estado desenvolvimentista no Brasil (Fiori, 1995a).

Os ingredientes da crise são exacerbados pelas características próprias do Estado brasileiro. Um estado desenvolvimentista, centralizador, assistencialista, repressivo, excludente, cartorial e constituído por uma tecnoburocracia autoritária Fiori (1995a) e Santos (1987).

A receita neoliberalizante para a crise do Estado, chega ao Brasil, no final dos anos 80 e é ainda mais reforçada nos anos 90, devido ao processo de globalização. O apoio dos governos brasileiros, às teses do chamado “Consenso de Washington”³ dá início ao processo de Reforma do Estado. As repercussões sobre a estrutura político-institucional brasileira são expressões da visão hegemônica, que centra os problemas na crise fiscal e as soluções no enxugamento da máquina administrativa. Esta orientação traz como operacionalidade, o desgaste das instituições públicas, levando as empresas estatais e as instituições públicas a uma situação de ineficiência estrutural na tentativa de fazê-las desaparecer (Gershman, 1995).

A ineficiência estrutural transforma o conjunto de empresas e organizações públicas estatais, em um pesado ônus às administrações, sendo fonte crescente de insatisfação dos cidadãos/usuários, com a qualidade dos serviços públicos (Costa & Melo 1998, p.56).

Na contra-hegemonia desse discurso, os defensores da concepção de Estado, como uma instituição democrática e forte, reclamam a necessidade de reconstruí-lo, capacitando-o de inteligência para captar demandas e necessidades sociais, transformando-as em direitos. A capacidade de governo, a capacidade

³ Consenso de Washington é citado por Fiori (1994) como um programa de estabilização e reforma econômica que tem como objetivo o ajustamento das economias periféricas à nova ordem capitalista internacional.

técnico-administrativa e o uso do planejamento são elementos centrais da proposta (Gershman, 1995; Laurell, 1996; Fiori, 1995a).

Essa segunda posição considera que além das reformas institucionais, se faz necessário à rediscussão do pacto fundante do Estado desenvolvimentista. Assim, o ponto nodal da reforma do Estado não passa apenas pela redefinição do papel do setor público e da reformulação isolada do seu campo institucional e fiscal. Faz-se necessário também, reformular radicalmente as alianças políticas, realinhando-as, firmando novos compromissos, baseadas na democratização do Estado, no crescimento econômico e na redução das desigualdades sociais (Fiori, 1995b).

Como proposta para a superação da crise do Estado é necessário: a constituição de um ente institucional forte; uma reorganização administrativa, fiscal e patrimonial, através de um desenho estratégico, garantido a partir de um pacto de compromissos entre os atores dominantes e subordinados da sociedade capitalista.

A perspectiva de superação da crise do Estado, a partir de uma concepção universalista e solidária passa então, pela reestruturação das suas instâncias de gestão e pela garantia de permeabilidade às demandas sociais, onde está presente a idéia da democratização e do pacto de compromissos entre atores que viabilizem a construção coletiva da instituição. Apesar de entendermos como fundamental, a discussão sobre a construção democracia nas instituições, nosso trabalho centra-se no estudo da reestruturação nas instâncias de gestão, por entendê-las como *locus* privilegiado de implementação das políticas sociais.

1.1. A administração pública, as mudanças organizacionais no setor saúde brasileiro nas suas instâncias de gestão e o novo papel das SES.

As instâncias de gestão conformam as estruturas administrativas de cada área de atuação do governo. No Brasil, o formato dessas estruturas é de uma unidade federativa. O governo ganha materialidade através da união, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, que são estruturas político, financeira e administrativamente autônomas para o exercício do poder, de acordo com sua natureza constitucional.

O aparato institucional que dá concretude às ações do Estado é a Administração Pública, através das instâncias de gestão esboçando o dever-poder⁴ abstrato do Estado. A Administração Pública é o ente responsável pela execução das Políticas Públicas. A sua outra parte é o governo, sendo estas relações complementares e recíprocas, estando a primeira, subordinada à segunda. Pertence ao “fenômeno administrativo público” descrito por (Bobbio, 1990).

A administração pública se estrutura através do conjunto de órgãos e entidades centralizados ou descentralizados e é este conjunto, através do seu corpo técnico, que dá concretude às ações institucionais, subordinado a uma conduta de governo. Por sua vez, o governo se constitui através dos poderes e órgãos supremos do Estado, estando responsável pelas decisões políticas do mesmo.

O formato de uma estrutura administrativa ideal não reflete a realidade das instâncias, como espaços de poder permeados pelos interesses particulares e corporativos dos grupos que os compõem. Para fins deste trabalho, **estruturas administrativas** serão entendidas como esferas das organizações públicas que se constituem em um *locus* de conflito e de disputa de projeto. Cada estrutura por sua vez, deve possuir um modelo organizacional adequado ao exercício de implementação da política (Levcovitz, 1997).

No exercício da função governamental, tem-se no “Estado de Direito”, a exemplo do Brasil, mandatários superiores para cada esfera de governo: federal, estadual e municipal. A cada mandatário de governo, segue um corpo técnico de auxiliares, em cada área específica (saúde, educação, habitação, finanças, etc). Aos mandatários são dadas incumbências de direcionar e solucionar o conjunto de problemas econômicos e sociais da população que o elegeu, enquanto que para o corpo de auxiliares, em suas áreas específicas, cabe a responsabilidade de planejar e dirigir as intervenções setoriais, subordinado ao plano e aos objetivos governamentais.

É importante ressaltar que a função pública deve estar sempre voltada para agir segundo interesses coletivos nunca ao privado. O **governo** é, portanto, um representante temporário da gestão pública, cabendo aos administradores exer-

⁴ Dever poder do Estado: É poder enquanto expressão institucional organizativa e funcional do estado, e é dever enquanto insuscetível de renúncia por seu titular (Levcovitz, Arruda & Garrido, 1994. p. 19).

cê-lo de forma que ofereça o melhor rendimento, na forma de bens e serviços equitativos e eficientes para a sociedade (Levcovitz et al, 1994).

A forma pela qual se expressa a gestão pública em sua singularidade pode ser analisada tanto no campo da política, como também através dos elementos e processos internos que caracterizam cada organização responsável pela execução das políticas. Assim, pode-se analisar uma política pública numa gestão em uma situação concreta, tomando para tal, uma organização pública.

Política Pública é aqui entendida como

“...un conjunto de acciones y omisiones que manifestam una modalidad de intervención del estado en relación com una cuestión que concita la atención, interés e movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferir se un determinada direccionalidad, una determinada orientación normativa, que presumivelmente afetará el fituro curso del processo social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión” (Ozlak & O’ Donnell, 1976, p.21).

A **organização** por sua vez, pode ser entendida como: *“...uma arena política onde atores disputam e negociam suas definições próprias e recursos para sua existência, ou sobrevivência institucional”* (Machado, 1991, p.84).

É identificada também *“...como núcleo sólido da atividade social que abrange dois aspectos: o institucional, enquanto uma estrutura burocrática constituída; e também como agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais. Espaço de duplo sentido, onde está situado o poder societário”* (Testa, 1997 p. 57 e 58).

A concepção de Machado (1991), permite ver a organização como uma arena de disputa de conflitos de interesses. Já em Testa, pode-se pensá-la também como instituição na medida em que possui uma estrutura burocrática definida.

A diferença entre instituição e organização pode ser situada em diversos autores como Luz (1979), Testa (1997) e Lourau (1993). Em Luz (1979), instituição é identificada com um conjunto articulado de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos. Envolvendo disputas de poder em um determinado grupo inserido no contexto histórico. Por sua vez, a organização é apreendida como o espaço concreto de produção dos saberes e práticas desses atores. Em Testa (1997), as instituições são as formalizações das organizações, estando

mais referidas a uma forma de comportamento, mas também podem ser vistas como um ordenamento organizativo. Para Lourau (1993), instituição não é algo observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história ou tempo.

Dito dessa forma, pode-se concluir que: *“en ocasiones ambos conceptos sean coincidentes en un mismo espacio, es decir, puede existir una institución que sea al mismo tiempo una forma organizativa, pro también una organización que no sea una institución y su recíproco: una institución que no tenga organización”* (Testa 1997, p.57).

Apesar de entender-se as diferenciações entre organização e instituição, tomaremos para fins de construção deste trabalho, os conceitos como análogos, visto que a definição de Testa (1997), permite tal expansão.

A análise de uma organização possibilita a apreensão dos contextos internos ao campo de análise, assim como, as relações que este campo, sempre aberto estabelece com os contextos mais amplos no plano estadual, nacional ou internacional. O campo, desta forma, está simultaneamente relacionado a um contexto maior, assim como, através das suas singularidades constroem cenários específicos.

A noção de **campo** em Bourdieu é tomada de empréstimo por Belmartino (1992), percebendo o setor saúde como espaço em que se mediam as determinações estruturais e as práticas individuais e grupais dos atores sociais envolvidos na consecução de uma política, no caso a de saúde. A descrição e o esquadramento dos seus contornos são elementos necessários para apreensão do sistema de saúde.

1.2. A Gestão estadual e o seu lugar no desenvolvimento organizacional do SUS

As reformas ocorridas no campo da saúde, no final dos anos 80, afirmam os princípios da solidariedade e do compromisso social do Estado, se contrapondo à lógica dominante dos projetos neoliberais sobre Reforma do Estado. Com isso, institui no texto constitucional a saúde como dever do Estado e caracteriza como de relevância pública as ações e serviços de saúde (Brasil, 1998).

A resultante desse confronto é um sistema que avança no campo do direito à cidadania, mas que se viabiliza com dificuldades operacionais, resistindo às investidas neoliberais de privatização do setor.

Para Campos (1992), esta é a contradição central do processo de reforma sanitária brasileira. Existe uma clara hegemonia do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar do aparato jurídico da saúde, apontar em outro sentido. Este descompasso dificulta a concretização de processos instituintes de mudança na forma de produzir saúde do sistema. As reformas estruturais, por sua vez, têm-se mostrado insuficientes para alterar os padrões de prestação de serviços e para assegurar a democratização do Sistema Único de Saúde.

Os conflitos reais se dão entre o projeto institucionalizado de produção da saúde, onde o mercado é o orientador das práticas, e o projeto de produção social da saúde⁵, que define como responsabilidade do Estado a distribuição de bens e serviços para toda a sociedade, com equidade. Esses dois projetos encontram-se atualmente na arena de disputa, e os seus desdobramentos serão consequência da disposição e da luta dos atores pela hegemonia nesse campo.

Quanto às inovações setoriais instituídas na saúde, direcionadas pela Reforma do Estado que se inicia em 90 e é ratificada nos governos seguintes, Costa & Melo (1998), revelam que estas, por enquanto, ainda estão centradas em variáveis intraorganizacionais e na experimentação de modelos alternativos de gestão, sem afetar os compromissos de justiça social das organizações.

Além do que a subordinação das políticas sociais do Estado brasileiro, ao chamado “Consenso de Washington” provoca um desfinanciamento no setor saúde que limita suas potencialidades de construção de um sistema que possa promover de forma equitativa à saúde da população brasileira (Rocha, 1997).

No plano dos elementos mais estruturais dessa influência sobre as políticas sociais latino-americanas (Laurell, 1996) identifica: a redução dos gastos públicos em saúde; a seletividade na atenção, focalizada sobre os mais pobres; a descentralização freqüentemente verticalizada e autoritária; e a privatização como processo central, que geralmente está precedida pelo desmantelamento do serviço público.

⁵ Entende-se Produção Social da Saúde como uma estratégia de reorganização das práticas sanitárias que garantam o atendimento à saúde de forma integral, resolutiva, baseado nos princípios de vigilância à saúde (Mendes, 1996).

Após a constituição legal do SUS, as instâncias responsáveis pela operacionalidade do Sistema de saúde brasileiro, são três: o nível federal, representado pelo Ministério da Saúde; o nível Estadual, representado pelas Secretarias Estaduais de Saúde; e o nível Municipal, representado pelas Secretarias Municipais de Saúde. Cada instância de gestão possui autonomia e características próprias, conforme está disposto na Lei Orgânica de Saúde nº. 8080 de 1990.

No Brasil, a constituição de um Sistema de Saúde cidadão no contexto de um Estado minimalista provoca sérias crises para sua operacionalização, dois elementos principais são apontados: indefinição dos papéis das instâncias governamentais (Federação, Estados e municípios) e a permanência do modelo assistencial, baseado em ações curativas e individuais (Dal Poz & Viana 1998).

Essa indefinição contribui para o aumento da crise do setor, uma vez que um dos eixos estruturantes da reforma sanitária é a descentralização político-administrativa (Gershman, 1995).

Com o processo de implementação do SUS que tem como diretriz fundamental a descentralização administrativa do sistema regulamentada através das Leis Orgânicas de Saúde e das Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996. São ratificados novos papéis para esfera de gestão com ênfase na municipalização da saúde reorientando o papel da instância estadual.

As Normas Operacionais instituídas pelo SUS, apesar de apontarem para um processo de descentralização normativa, sem a participação mais ativa dos atores, direcionam as mudanças que se operam no Sistema, definindo condições de gestão para suas diversas instâncias, ajudando a construir e organizar cada nível do Sistema.

A NOB/91 é a primeira norma editada e estabelece um relacionamento convencional direto da união com os municípios. Resultando numa organização atomizada dos municípios esvaziando o papel das SES. A adesão das SES a NOB/93 é quase inexpressiva, por não conter nenhum atrativo que estimulasse a adesão desse nível de gestão. A ausência de mecanismos de organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada reduz e esvazia a sua participação enquanto instância no sistema (Levcovitz, 1997).

Quanto a NOB/96, há um resgate do processo de descentralização para os estados com indução de definição do seu papel próprio, através da formalização e

implementação de condições de gestão específicas para a SES, propiciando transferências diretas e automáticas para o fundo estadual de saúde (Levcovitz, 1997).

O novo *munus*⁶ público instituído pelo SUS, elencam novas atribuições para as esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) que precisam se fazer cumprir. A reformulação da estrutura organizacional das instituições na esfera federal e estadual passa a ser uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento da nova função do Estado, no setor saúde. Aqui, pretende-se destacar a reformulação necessária ao nível subnacional estadual do sistema de saúde.

A concretização desse novo papel se dá pela assunção da “responsabilidade sanitária” desses níveis de gestão, ou seja: “*sobre o que é e como é exigido do Estado atuar no que se refere à saúde, nas suas diversas esferas de governo institucionalmente estabelecidas*” (Levcovitz et al, 1994, p.19). Assim, o nível estadual deveria estar habilitado a exercer as novas funções administrativas, que tem como papel central a coordenação técnica dos municípios.

A observância das funções administrativas ajuda a nortear o arcabouço organizativo das instituições de saúde, no sentido do exercício do dever poder do Estado (Levcovitz et. al., 1994).

As mudanças político-institucionais alavancadas pelo SUS, redefinem o papel das instâncias e no caso das Secretarias Estaduais, sendo a prestação de serviços substituída pela gestão dos serviços. Suas funções principais passam a ser: a coordenação, o controle e avaliação das políticas de saúde de acordo com cada nível de gestão e execução de ações de forma complementar.

As **mudanças político-institucionais** são entendidas como processos de reestruturação que podem ser operadas nos diversos campos da organização: técnico, administrativo, financeiro, cultural, etc, sendo o aspecto político um elemento superior que determina os demais. Aqui, também, denominadas de **mudanças organizacionais**.

As *mudanças* são resultados da disputa institucional entre o instituinte, aquilo que se projeta como novo, e o instituído, a forma como está constituída a

⁶ *Munus Público* é definido por Levcovitz, Arruda & Garrido(1994), como sendo a responsabilidade de um ente institucional disposta na forma de lei ou norma.

organização; ou seja, sua normalidade institucional, podendo acontecer de diversas formas:

- a) **Mudança Adaptativa:** processo passivo, no qual o sujeito é obrigado a se adaptar ao mundo que transforma, ao mesmo tempo em que é ativo, visto que o sujeito precisa criar mecanismos de adaptação à nova realidade;
- b) **Mudança Programada:** realizada pela camada tecnocrática da organização, onde está presente, de forma radical, o racionalismo funcional;
- c) **Mudança Estratégica:** voltada à flexibilidade da gestão, realizada por indivíduos que estão na empresa como “combatentes”, árdios para vencer a guerra da competição;
- d) **Mudança Social:** entende a mudança como processo de aprendizado que afeta o conjunto de atores da organização. O elemento norteador não é apenas os resultados, mas o processo em si. A aplicação e a decisão pensadas como parte integrante do processo, onde participam todos os atores (Enriquez, 1995).

Diferente da realidade da maioria dos municípios, as Secretarias Estaduais têm demonstrado dificuldades em assumir seu novo papel, na qual atuam menos como “essencialmente fazedoras”, e muito mais como coordenação, orientação, assessoria, questionamento e debate. Assim, evidentemente, a estrutura organizacional da instituição precisa passar por um processo de remodelação (Carvalho, 1994).

Esta dificuldade das SES é identificada como uma “crise de identidade” que se dá pelo esgotamento de um paradigma organizacional⁷ nomeado de horizontal desconcentrado, sem a consolidação de um outro que o substitua (Mendes, 1992). Além da existência de um ambiente organizacional turbulento, devido à crise orgânica do Estado brasileiro e da incoerência entre as suas estruturas, métodos e o novo objeto disposto pelo SUS.

Sucessivas reformas administrativas ocorrem nos Estados, mas pecam por partir de uma racionalidade sistêmica que desconsidera o objeto. O que ocorre são eternas modificações dos organogramas e dos atores burocráticos, sem re-

solver a crise de incoerência entre métodos, estruturas e objeto nas Secretarias Estaduais de Saúde (Mendes, 1992).

Os paradigmas organizacionais das SES mudam ao longo do tempo, seguindo o modelo sanitário em cada época. Neste século, Mendes (1992) destaca dois paradigmas organizacionais das SES (o *Central-Verticalista* e o *Horizontal-Desconcentrado*) e aponta para um novo, considerado adequado ao SUS.

O paradigma *Central-Verticalista*, vigente até a década de 60, tem como principais características: a forte centralização administrativa; a estrutura departamental rígida; a execução de ações verticalizadas com decisão e normatização centrais e atividades-fim, realizadas por campanhas ou por unidades de saúde especializadas (sanatórios de lepra e tuberculose, hospitais psiquiátricos, etc.); e o isolamento institucional, expresso numa divisão de trabalho onde as secretarias de saúde só trabalhavam o objeto “saúde pública”.

O paradigma *Horizontal-Desconcentrado*, em crise, resulta da superação do paradigma central-verticalista. Conformam-se a partir da segunda metade da década de 60, hegemonizando-se nos anos 70, cujas características são: centralização normativa; desconcentração para órgãos regionais de atividades pré-definidas; eliminação ou diminuição do poder decisório dos departamentos e programas em nível central; execução desconcentrada das ações normatizadas centralmente através de unidades ambulatoriais organizadas por programas; isolamento institucional, expresso numa divisão de trabalho onde as secretarias exercitavam, no modelo dual, as ações de atenção primária seletiva e algumas campanhas de saúde pública (Mendes, 1992).

Distintos projetos de disputas sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro entre a proposta do governo militar e os setores de oposição a ditadura são lançados no cenário político nacional. Com isso, inicia-se em meados dos anos 70, o processo de expansão da universalização do sistema. Tem-se a constituição do PIASS, passando pelas AIS e SUDS, até chegar ao SUS, em 1988. O modelo médico assistencial privatista entra em crise, devido ao seu alto custo financeiro e a sua incapacidade de dar respostas efetivas à situação de saúde da população. As manifestações dessa crise são assim visualizadas:

⁷ Paradigma organizacional é definido como as relações que se estabelecem entre a estrutura organizacional, o método de planejamento e as práticas sanitárias daí decorrentes, essa cadeia define um

- Vazio institucional das SES, provocado pela saída das operações dos serviços;
- Justaposição de culturas institucionais distintas (INAMPS, FNS, e SES);
- Reforço na atenção hospitalar, já que na grande maioria dos Estados as SES são ainda, responsáveis pela operação dessas unidades;
- Entrada de novos atores com alto poder de vocalização complexificando os processos decisórios;
- Ausência de novos mecanismos gerenciais;
- Crise fiscal dos Estados que impede uma maior injeção de recursos no campo da saúde;
- Continuidade das estruturas centralizadas e verticais mantida pelos programas de saúde pública, no âmbito federal e estadual;
- Disposição das estruturas regionais que não se encontram adequadas às novas funções dispostas pelo SUS (Mendes,1992).

As modificações das estruturas administrativas do Estado indicam dois estilos de administração sanitária: o liberal e o da saúde pública, retendo uma herança do que há de pior de cada um desses mundos. Da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida, centralizada, a gestão burocratizada e autoritária permeável ao clientelismo e as práticas de *rent seeking*.⁸ Da tradição liberal permaneceu o corporativismo e a profunda alienação dos servidores (Campos,1992).

Um novo modelo organizacional deve adequar os métodos e estruturas organizacionais ao objeto que o SUS pretende atender, baseado nos princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da equidade, do direito à informação, na informação epidemiológica e na participação comunitária. Este novo modelo que se pretende instituir para Mendes (1992), é denominado de *Estratégico Descentralizado*.

A separação de discussões e soluções técnicas sobre reforma na estrutura administrativa e do desenho organizacional, por um lado, e a forma de produzir a atenção à saúde, por outro, são extremamente limitantes. Esses dois elementos de análise são inseparáveis e um não pode caminhar sem estar integrado no ou-

determinado desenho organizacional de um determinado tempo histórico específico(Mendes,1992).

tro, no sentido de produzir impactos efetivos no Sistema de Saúde (Campos, 1992).

A mudança fundamental conforme assinalam Mendes (1994), Campos (1992) e Levcovitz (1997), remete para necessidade de um projeto estruturante no plano das práticas assistenciais, vinculado aos princípios do SUS, que tenha capacidade de instituir mudanças no método e nas estruturas organizacionais. A coerência entre o modelo organizacional e as práticas sanitárias do SUS que estejam são elementos centrais na estruturação de um Sistema de Saúde equânime e democrático.

Os momentos de crise no sistema de saúde, indicam possibilidades de questionamento de velhas práticas, e construção, ou o reordenamento de processos que indiquem movimentos de mudanças e de superação do paradigma sanitário vigente, centrado no biologicismo e na atenção individual para conformação de um novo modelo assistencial, que promova a saúde e construa cidadania.

1.3. O PSF e as perspectivas de mudanças organizacionais nas SES.

Ao longo de toda a história da reforma sanitária em nosso país, vários autores e escolas apontam a necessidade da reorganização do modelo assistencial. Incluem-se nessas preocupações, autores como Mendes (1997), Merhy (1997), Teixeira et al (1998), Paim (1999), Campos (1994), entre outros.

Algumas das experiências municipais, desenvolvidas a partir do processo de municipalização no país, conformam hoje, um arsenal de inovações tecnológicas voltadas a formas alternativas de assistência à saúde. No entanto, todos esses movimentos ainda não foram suficientes para a constituição de uma nova forma de produzir saúde no país. O que temos são acumulações sociais, tanto no campo teórico, como no campo prático, que ajudam a pensar e a disputar a hegemonia da construção de um novo modelo assistencial.

A maioria dos manuais de saúde pública adota o conceito de modelo assistencial como sendo um conjunto de normas e técnicas inflexíveis, que condicionariam um dado desenho técnico e organizacional. Percebendo a necessidade de

⁸ Práticas de *rent seeking*, referente à forma como alguns grupos de governo dominantes, se apropriam da função pública para exercê-la em benefício próprio.

avançar neste conceito, Campos propõe uma outra abordagem, segundo a qual, o modelo assistencial seria: “...o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (Campos, 1994, p. 53).

Em Mendes (1996), ora o modelo assistencial soa como paradigma, ora se aproxima da idéia de prática sanitária, tendo neste sentido, uma forma mais restrita. Teixeira et al (1998), falam de modelo assistencial como forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde.

Neste trabalho, o modelo assistencial deve refletir sobre a estrutura organizacional (onde este será exercido), sobre as práticas e operações nos serviços, sendo pactuado enquanto atividade cognitiva daqueles que os exercem (Campos, 1994).

O desafio colocado para o SUS é a montagem de estratégias que possam efetivamente romper com o modelo de atenção vigente. Não se trata de falta de tentativas. O grande número de trabalhos produzidos na área é prova dos intentos de mudança, na história da saúde pública brasileira. O PSF surge como possível estratégia de reestruturação do modelo de atenção do SUS, tendo em vista a superação desse problema.

O PSF então, se insere dentro das estratégias, apontadas por Dal Poz & Viana (1998), de reforma incremental.⁹ Assim sendo, o MS resolve lançar mão de duas estratégias importantes para a consecução desse objetivo, que é o PACS e o PSF. Atualmente, estas se fundem numa única proposta na perspectiva de vir a conformar uma nova concepção de modelo de atenção à saúde no SUS conhecida como Programa de Saúde da Família.

Inicialmente, o PSF se apresenta como um projeto piloto desenvolvido em alguns municípios, que estavam inseridos no mapa da fome do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), posteriormente ganha o *status* de projeto estruturante¹⁰, e oficial do Ministério da Saúde. A identificação desse projeto como estruturante parte do entendimento das potencialidades de mudanças que esse projeto

⁹ Reforma incremental é apontada pelos autores como um conjunto de modificações no desenho e operação da política, que pode ser operado de forma separada ou simultânea. Ocorrendo no âmbito das formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos, ou ainda no modelo de prestação dos serviços.

aponta no SUS, tanto no sentido organizacional do sistema, como nas práticas assistenciais vigentes, passando inclusive pela revisão da formação dos profissionais da área de saúde (Brasil, 1997).

A partir de 1994, inicia-se a sua implantação ganhando adesão de vários municípios brasileiros. Seu objetivo é de servir como estratégia para implantação de um novo modelo assistencial para o SUS, voltado para a atenção familiar e sustentado nos seguintes aspectos: família como núcleo de abordagem; democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença e da produção da saúde; intervenção sobre os fatores de risco; integralidade; resolutividade; humanização das práticas de saúde; articulação intersetorial na busca de resultados favoráveis à saúde e estímulo a organização da comunidade.

Neste sentido, as diretrizes a serem implantadas pelo programa, entendem a Unidade da Saúde da Família, como uma unidade destinada a atenção contínua e integral, sendo a porta de entrada do sistema local, com o objetivo de substituir as práticas sanitárias convencionais, por uma centrada na vigilância à saúde¹¹. Seguindo as orientações descritas (Brasil,1996):

- Adscrição de clientela;
- Planejamento e programação local, com participação coletiva;
- Integração entre os vários níveis de atenção;
- Garantia de referência e contra-referência;
- Educação continuada para equipe de PSF;
- Estímulo à ação intersetorial;
- Acompanhamento e avaliação permanente;
- Controle social.

O novo programa é identificado por setores da intelectualidade da saúde, como uma estratégia ambígua, devido ao conturbado momento de implantação do programa, que coincide com o processo de Reforma do Estado brasileiro. Nesse contexto, essa estratégia tanto pode estar de acordo com os preceitos da raciona-

¹⁰ Projeto estruturante diz respeito a ser um elemento norteador das ações a partir dos objetivos do projeto. Toda ação deve estar voltada com vistas a viabilizar o projeto em questão.

¹¹ Vigilância à Saúde diz respeito a redefinição das práticas sanitárias que se baseia na ação integral, na articulação de estratégias de intervenção individual e coletiva, na ação interdisciplinar e intersetorial. Passando necessariamente por ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde na coletividade, não se restringindo a descrição de problemas, e nem tão pouco se resumindo a uma cisão sem propósito das vigilâncias sanitárias e epidemiológica (Paim , 1999).

lização e a focalização da atenção à saúde; como também, pode servir para reorientar o modelo assistencial do SUS baseando-se nos princípios da hierarquização das ações, da democratização e da racionalidade.

Dois cenários prospectivos são pensados na implementação do programa: o primeiro aponta a possibilidade da estratégia se consumir como instituidora de mudança nas práticas gerenciais e assistenciais do SUS, constituindo-se numa estratégia que resgata a vinculação equipe-comunidade, a humanização do atendimento, a articulação intersetorial e a promoção da eqüidade e da cidadania (Dal Poz & Viana, 1998; Levcovitz & Garrido, 1996; Cordeiro, 1996).

A segunda possibilidade é da filiação dessa estratégia aos ditames do projeto neoliberal, onde se consolida a sua ação enquanto um programa focalizador, voltado para o atendimento de baixo custo às comunidades carentes, fortalecendo o mercado, como executor das políticas de saúde para população que possa pagar (Teixeira et al, 1998).

Sem negar a segunda possibilidade, estaremos trabalhando o **Programa de Saúde da Família** como um processo instituinte, capaz de produzir mudanças tanto nos elementos organizacionais do sistema, como nas práticas assistenciais vigentes. No entanto, centraremos a atenção deste trabalho nas mudanças organizacionais que podem estar sendo instituída pelo PSF no plano da gestão estadual.

Ao chamá-lo de programa neste trabalho, estamos apenas tratando de uma marca que já se instituiu no SUS; no entanto, o sentido é de percebê-lo como estratégia. O resgate da saúde como direito de cidadania, a prestação da atenção integral, a participação comunitária e o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais são elementos impulsionadores de nova práticas sanitárias no sistema, ampliando o seu desempenho e diferenciando-o de um programa tradicional do ministério (Cordeiro, 1996).

Dessa forma, **processos instituintes** são aqui entendidos como dispositivos com força/potência capaz de produzir mudanças (Testa, 1997). Numa organização, *instituinte* é, então, tudo aquilo que pode provocar mudanças e *instituído* é a normalidade organizacional.

Existe atualmente um consenso ainda que parcial, em torno da proposta do PSF, no que se refere à possibilidade do programa ser um instrumento operacio-

nal que possa garantir mudança nas práticas sanitárias do SUS. A grande polêmica colocada é quanto ao alcance dessa estratégia. Nesse sentido, podemos assimilá-la como uma **estratégia potenciadora** de mudanças (Tenório et al, 1995, p.82), onde existem recursos disponíveis ainda não utilizados.

Nesse contexto, **potência** é entendida como força ou poder virtual que traz em si a possibilidade do novo. Emerge como uma contradição do próprio ser, não como ato, mas como possibilidade de promover mudanças, que aproveita ou reforça um estado latente de possibilidades, permitindo avançar na ruptura de percepções, hábitos e ações reificadas pelas relações sociais, em um processo permanente de ressignificações (Ferreira, 1996).

A prática sanitária de um sistema de saúde indica um formato específico que uma dada estrutura sanitária precisa ter para dar conta das ações de saúde que ali estão sendo gestadas. O casamento adequado entre as estruturas, o método de gestão e suas práticas indicam a coerência administrativa de uma gestão, assumindo as prerrogativas do postulado de coerência (Matus, 1987).

A capacidade de mudança pode ser vista como produção de força instituinte, sendo pensado como plano de ação. Necessita, portanto, sistematizar um conjunto de procedimentos estruturados que garantam a sua direcionalidade e viabilidade organizacional. Toma-se de empréstimo a questão da viabilidade do plano no momento estratégico de Matus (1987).

*“ cualquier fuerza social puesta ante el imperativo de la acción, no solo tien que precisar la direccionalidad de su acción, sino también la viabilidad de la misma. Este último es el aspecto estratégico-situacional del problema, que se mueve nel plano del puede ser. (grifo do autor) Así, direccionalidad y viabilidad son los grandes problemas que deve resolver um plan. La **direccionalidad** (negrito nosso) surge como la norma a ser estabecida o aplicada em la realidad y **la viabilidad** (negrito nosso) como la estratégia de producción de hechos políticos, económicos y sociales que debe intentar uma fuerza social para construirle viabilidad o abrirle camino a su propuesta normativa” (Matus, 1987 apud Cecílio, 1997 p.260).*

Viabilidade é o cálculo de articulação entre o *pode ser* e o *deve ser*. É a análise do que pode ou não ser viável (Matus, 1987, p.512-513)

O conceito de viabilidade em Matus (1987), está dividido em três categorias:

- a) **viabilidade política**, diz respeito aos requisitos situacionais necessários para que os projetos possam ser realizados através da articulação entre os atores que detêm poder na instituição;
- b) **viabilidade organizativa**, diz respeito aos recursos operacionais, que podem ser humanos, materiais e estruturais, disponibilizados para um determinado projeto de reforma organizativa; e
- c) **viabilidade econômica**, é a constituição da adequação e da coerência entre um desenho político particular com o sistema econômico vigente.

O projeto demonstra já em alguns trabalhos realizados, a sua potencialidade enquanto força social na promoção de mudanças. Sua introdução é vista de forma positiva, por possuir caráter substitutivista, que propõe introduzir um novo eixo estruturante para os serviços de saúde, capaz de dar direcionalidade às mudanças nas práticas assistenciais e organizacionais do SUS (Levcovitz & Garrido, 1996).

A perspectiva estruturante do PSF no processo de reorganização dos serviços básicos no SUS, possibilita a introdução de inovações organizativas e operacionais para dentro do Sistema Municipal de Saúde, conforme destaca Teixeira et al, 1998. Na discussão de Vasconcelos (1998), é reconhecida a notoriedade do Programa de Saúde da família no Brasil, sobretudo quando da sua institucionalização como projeto ministerial.

Experiências descritas em municípios apontam as melhorias alcançadas na prestação de serviços oferecidos pelo PSF à comunidade. Entre elas destacam-se: a redução do internamento hospitalar, o aumento da cobertura assistencial; a aproximação da equipe de saúde com a comunidade. O PSF já pode ser considerado um instrumento importante na mudança do modelo de assistência, desde que consiga avançar na implantação de suas diretrizes (Cunha, 1996).

No sentido técnico, o PSF precisa ser a porta de entrada do sistema com uma prática sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção da saúde. Sem essas modificações, a proposta pode ficar só no discurso, não estabelecendo as devidas mudanças que a mesma propaga (Garrido & Leucovitz, 1996). No aspecto político-administrativo, os autores

consideravam que a NOB-96 deve impulsionar a implantação da proposta nos municípios já que se vale de incentivos financeiros para essa empreitada.¹²

Ainda segundo esses autores é percebido que a esfera estadual possui uma função estratégica e fundamental para a implantação da proposta, sobretudo como suporte e inteligência para os pequenos municípios.

De acordo com os dados desenvolvidos pela Coordenação de Saúde da Comunidade do Ministério da Saúde, entre 1994 a 1998, foram implantadas 2.823 equipes de saúde da família em todo país, distribuídas em 991 municípios brasileiros, que se encontram assim distribuídas: 12,0% estão na região Sul; 33,0% no Sudeste; 11,0% no Centro-Oeste; 40,0% no Nordeste e 4,0% no Norte. Dos Estados nordestinos, o Ceará é o que possui maior número de equipes implantadas, seguido por Pernambuco e Alagoas (Andrade,1998).

Dados mais atualizados do estudo de Viana (2000) e Rocha (2000) apontam um acelerado processo de expansão do programa em todas as regiões do Brasil de 1994/2000. Passando de 328 para 7.991 equipes implantadas; com uma cobertura populacional que cresce de 0,7% para 16,81%.

Várias mudanças no plano organizacional do nível federal começam a ser percebidas, tendo como elemento catalisador a estratégia da saúde da família. As mudanças principais dizem respeito aos aspectos financeiros e normativos instituídos pelo programa (Dal Poz & Viana,1998).

A vinculação institucional do programa no seu momento inicial se dá via FNS. No ano seguinte, em 1995, o programa foi transferido para o MS; essa mudança, para Dal Poz & Viana (1998), significa uma ruptura com a idéia de programa vertical, vinculado por convênio, e avança no sentido de uma institucionalização de novo tipo. A fusão do PACS com o PSF ocorre em 1996. Atualmente, após reforma administrativa ocorrida em fevereiro de 2000, o PSF é transferido da Secretaria de Assistência à Saúde, para a Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, vinculado ao Departamento de Atenção Básica¹³ do MS (Rocha, 2000).

¹² É bom lembrar que no período de elaboração do texto acima referido, os valores reais a serem pagos como incentivo ao PSF, a partir da população coberta pelo programa, não estavam definidos, mas os números apontados naquele momento sofreram um corte de quase 80%, quando da edição oficial da NOB-96. Não sendo mais priorizado o princípio da cobertura populacional para o pagamento de incentivos e sim o número de equipes com o programa implantado.

¹³ Portaria 124/GM em 16 de fevereiro de 2000 que dispõe sobre a transferência das ações relativas ao PSF/PACS para a Secretaria de Políticas de Saúde.

A reestruturação organizacional operada no MS tem como principais objetivos a maior visibilidade da proposta, como também, a construção de um desenho organizacional que possibilite uma melhor articulação entre os programas já existentes dentro dessa instituição.

As portarias que compõem o instrumental normativo do PSF têm a finalidade de estabelecer as diretrizes técnicas, financeiras e operacionais da estratégia, o que garante a sua direcionalidade enquanto processo instituinte. O quadro abaixo destaca as principais portarias do MS com seus objetivos destacados, além das alterações que essas operam dentro do sistema de saúde.

Quadro 1

Síntese da direcionalidade normativa instituída pelo PSF/MS –1994 a 2000

Tipo de documento	Data	Finalidades	Mudanças operadas no SUS
Documento institucional do MS/FNS/PSF: Saúde dentro de Casa	1994	Institui o programa nacionalmente para regiões incluídas no mapa da fome do IPEA.	Inicia a experiências de PSF no país.
Portaria nº. 692	1995	Redefine a vinculação institucional do programa passando para o MS.	Garante um novo status organizacional da estratégia fortalecendo-o enquanto projeto.
Documento institucional do MS/FNS/PSF: Saúde dentro de Casa	Setembro/94	Estabelece as normas e diretrizes operacionais do programa.	Define a estratégia do ponto de vista técnico e operacional para sua execução nos municípios.
	Jan/1996	Estabelece remuneração diferenciada a consulta realizada por médico do PSF a ser pago dentro do SIA/SUS.	Estimula a adoção de equipes do PSF nos municípios.
Portaria nº. 08	Jan/1996	Define a adesão ao PSF aos municípios que estiverem habilitados na NOB/93.	Estimula o processo de municipalização no país.
Documento institucional do MS: Saúde da Família uma estratégia de organização dos serviços de Saúde	Mar/1996	Regulamenta uma nova diretriz operacional para o PSF permitindo a sua implantação em qualquer área do país. Define o PSF com a estratégia impulsionadora de reforma no modelo assistencial do SUS.	Garante a ampliação do programa em todo território nacional. Estimula a fusão do PACS com o PSF.
Portaria nº. 1882	Dez/1997	Regulamenta o PAB variável no SUS, garantido um sobrevalor financeiro para os municípios que desenvolvam inovações assistenciais.	Define o PSF como pertencente às inovações assistenciais a ser remunerada com o PAB variável, transferido fundo a fundo. Garantindo maior incremento financeiro para o PSF.
Portaria nº. 1886	Dez/1997	Aprova novas normas e diretrizes para o PACS/PSF, Vinculando a sua implantação à habilitação na NOB/96.	Estimula o processo de municipalização.
Portaria nº. 157	Fev/1998	Estabelece critérios de distribuição e requisitos para a adesão dos municípios ao PSF.	Institui critérios e qualifica os processo de implantação do programa no país.

Portaria nº. 2101	Fev/1998	Regulamenta os incentivos financeiros para o PSF em R\$ 28.000,00/ano por equipe do PSF implantada.	Estimula a implantação do PSF nos municípios.
Portaria nº. 1329	Nov/1999	Estabelece nova sistemática para o cálculo de incentivo financeiro do PSF, aumentando os percentuais por equipes implantadas.	Incrementa o processo de implantação dos PSF nos municípios, incentivando uma maior cobertura populacional.
Edital nº. 4	Dez/1996	Aprova recursos para implantação de pólos de capacitação em saúde da família em 20 Estados brasileiros.	Estimula o processo de qualificação e formação de profissionais para atuação no PSF, favorecendo a articulação inter-institucional entre instituições de ensino e serviço.
Edital nº.	/1999	Aprova mais 10 projetos de implantação de pólos de capacitação nos Estados cobrindo todo território nacional.	Idem de forma descentralizada.
Portaria nº. 124	Fev/2000	Dispõe sobre a transferência das ações relativas aos PSF e PACS para a Secretaria de Políticas de Saúde.	Novo arranjo institucional ampliando a visibilidade institucional e com vistas a uma melhor articulação dos programas ministeriais. A perspectiva é de transformar o PSF em carro-chefe das operações na atenção básica.

Fonte: Elaboração própria baseada nos estudos de Dal Poz & Viana (1998), Rocha (2000),

Quanto ao instrumental normativo que direciona ações nas instâncias subnacionais a Portaria Federal nº. 1886¹⁴ estabelecem como funções das Secretarias Estaduais de Saúde, as seguintes:

- Coordenação do programa;
- Reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia da saúde da família pelos serviços municipais de saúde;
- Estabelecimento em conjunto com o nível nacional das normas e diretrizes do programa;
- Garantia de fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite;
- Definição de mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do estado para implantação e a manutenção do programa;
- Definição de prioridades para alocação de parcelas de recursos estaduais ao programa;
- Pactuação com o Conselho Estadual de Saúde e com a comissão Bipartite sobre os requisitos específicos e priorizações para implantação do programa;
- Cadastro das unidades de saúde da família no SIA/SUS;
- Prestação de assessoria técnica em todo processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa;
- Promoção de articulação com as instituições de ensino superior para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde da família;
- Integração dos pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere à elaboração, acompanhamento e avaliação dos seus objetivos e ações;
- Articulação com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação;
- Assessoria aos municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB;

¹⁴ Portaria nº1886/GM do Ministério da Saúde de 18 de dezembro de 1997, aprova as diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família.

- Consolidação de banco de dados estadual e alimentação do nacional;
- Controle do cumprimento da alimentação do banco de dados pelo município;
- Identificação de recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações da estratégia de saúde da família no Estado;
- Participação na rede nacional de experiências em Saúde da Família; promoção de intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência;
- Promoção de articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família;
- Identificação e viabilização de parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e do setor privado, para o apoio da estratégia.

Outras operações são também situadas por Dal Poz & Viana (1998) que dizem respeito a alterações na modalidade de alocação de recursos, formas de remuneração das ações de saúde, formas de transferência de recursos interinstâncias de governo, constituindo novos instrumentos indutores de reforma.

A forma inicial de financiamento do programa é o convênio o que dificulta a sua operacionalidade, pois se trata de um mecanismo limitado, burocrático e pouco flexível. Com a transferência do programa para o MS em 1995, sua remuneração se dá via tabela do SIA/SUS, com remuneração superior aos procedimentos ambulatoriais pagos pelo sistema; dessa forma há um estímulo a sua expansão no país. Um outro ponto é que o programa, segundo esses autores, serve como elemento de pressão para implantação dos municípios a NOB/93¹⁵, uma vez que a portaria¹⁶ implantada pela SAS institui que só podem cadastrar unidades ambulatoriais do Programa Saúde da Família, com remuneração diferenciada àqueles municípios habilitados na NOB/93. No entanto, essa modalidade de pagamento

¹⁵ NOB/93: Norma Operacional Básica do SUS que normatiza os processos de descentralização das ações de saúde para municípios e estado. Classificando-os por condição de habilitação, que em ordem crescente de autonomia administrativo-financeiro pode ser do tipo incipiente, parcial e semiplena.

¹⁶ Portaria n° 08, de 12 de janeiro de 1996.

por procedimento não se adequa ao formato do programa, o que requer um novo pensar sobre as modalidades de financiamento do SUS.

Nesse sentido, Dal Poz e Viana (1998) reiteram que é a partir do PSF, que essas discussões são impulsionadas, sendo elemento instituinte para as mudanças do sistema, proposto pela NOB/96¹⁷. Essa norma que permanece em vigor até o momento, vem permitindo a constituição dos sistemas municipais, promovendo uma certa descentralização e readequação de recursos financeiros entre regiões, estados e municípios, em função das mudanças nos critérios de repasse (Rocha, 2000). Sua implantação vem de fato ocorrer em 1998. As remunerações para assistência básica são calculadas a partir de um percentual *per capita* por habitante denominado de PAB, que possui um componente fixo e outro variável; consistindo num estímulo a implementação de inovações assistenciais no sistema municipal, dentre elas está o PSF e o PACS.

Um outro componente de estímulo financeiro que ajuda à expansão do PSF é a vinculação de repasses dos recursos do REFORSUS¹⁸ para unidades assistenciais de saúde da família, considerada área programática do componente I. O REFORSUS, portanto, surge com o objetivo de reforçar o processo de implantação do SUS, bem como de agilizar iniciativas tecno-assistenciais necessárias à superação dos obstáculos operacionais identificados no sistema, dentre eles a reestruturação de um novo modelo assistencial.

Além do repasse de recursos para incremento das unidades assistências do programa, o REFORSUS também é responsável pelo financiamento dos pólos de capacitação em saúde da família. Esse movimento significa uma medida importante de aproximação com as universidades em todo país. O pólo de capacitação em saúde da família se constitui num espaço interinstitucional que tem como membros prioritários as instituições de ensino superior e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo responsável pela formação e preparação de recursos humanos para atuar no programa (Rocha 2000).

¹⁷ NOB/96: Norma operacional básica do SUS que estabelece novas formas de habilitação dos municípios e estados dentro do sistema, além de alterar as formas de financiamento para atenção básica; que deixa de ser por tabela de procedimento passando a ser *per capita* populacional.

¹⁸ REFORSUS é um projeto de financiamento do Banco Mundial criado com o objetivo de reorganizar os serviços assistenciais do SUS que atravessavam uma crise financeira intensa. Provocado tanto pela elevação contínua de custos da assistência, como pela ausência de aportes financeiros para investimento no setor (Levcovitz, 1997).

Segundo Souza (2000), nas instituições de ensino, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando inovações. A promoção da articulação entre ensino e serviço, viabilizada pelos pólos, permite uma maior sensibilização de importantes centros formadores em todo país (Souza, 2000).

Já para as Secretarias Estaduais de Saúde essa parceria pode significar o reforço do seu papel enquanto instância coordenadora e articuladora de políticas de saúde podendo atuar como mecanismo de pressão para uma maior participação dessa instância nos processos de implementação do PSF nos estados.

A constituição de fóruns regionais de discussão envolvendo os diversos atores estaduais e regionais, em torno da proposta do PSF, a articulação das instituições de ensino no Estado, através do Pólo de Capacitação em Saúde da Família, a injeção de recursos financeiros próprios na consecução da proposta, a construção da visibilidade estadual da estratégia são algumas das funções importantes do nível estadual, para a promoção da Estratégia de Saúde da Família no Estado (Guedes, 2000).

Nas instâncias estaduais, as mudanças ainda são bastante tímidas e heterogêneas. No entanto é possível identificar: a criação de estímulo financeiro para o programa, a promoção da visibilidade da estratégia nos municípios, a ascensão da estratégia na estrutura organizacional das SES, a criação dos pólos interinstitucionais de capacitação de pessoal do PSF, entre outras.

No plano organizacional, os elementos impulsionadores de mudanças dizem respeito ao seu poder articulador de processos horizontais que apontem para integralidade, para uma maior disponibilização de recursos para atenção básica, além da articulação interinstitucional provocada pela necessidade de ações conjuntas que viabilizem uma nova prática sanitária dentro do SUS.

A possibilidade de compreender as potencialidades de mudanças no desenvolvimento institucional da esfera estadual do SUS são preocupações centrais desse estudo. Para isso, analisa-se o contexto de implantação do PSF no Rio Grande do Norte e o seu potencial instituinte de mudanças organizacionais na Secretaria Estadual de Saúde.

1.4. Proposição

Objetivo Geral:

Analisar as mudanças organizacionais ocorridas a partir de 1994, na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, buscando identificar o potencial instituinte do PSF na consecução dessas mudanças.

Objetivos Específicos:

- Descrever as mudanças nas estruturas e práticas sanitárias ocorridas na SESAP/RN antes do surgimento do PSF;
- Descrever o contexto de implantação do PSF no RN
- Analisar as mudanças organizacionais ocorridas na SESAP/RN, depois da implantação do PSF no estado;

Estabelecer as relações existentes entre as mudanças organizacionais ocorridas na SESAP/RN e o potencial instituinte do PSF na consecução dessas mudanças.

Capítulo 2

O PERCURSO METODOLÓGICO

“As tartarugas caminham solidamente sobre o chão. A vantagem é que não correm o risco de quedas. Tartarugas não quebram pernas. A desvantagem é que são míopes.

Vêm quase nada do mundo.

Já as águias, correndo o risco das alturas, acham que o risco da queda vale a pena, pois lá de cima, sem pés no chão, se vê muito mais longe, muito mais bonito.”

Rubem Alves

Capítulo 2

O PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Definição do estudo

Define-se o estudo como qualitativo, a partir de um estudo de caso, que segundo Vergara (1991), possui um caráter de aprofundamento e detalhamento, consolidando-se num estudo descritivo e analítico simultaneamente.

O estudo de caso tem como objetivo o detalhamento e o aprofundamento de uma unidade de análise que pode ser um indivíduo, uma comunidade, uma instituição ou organização (Triviños, 1992).

A inexistência de hipóteses comprobatórias qualifica o caráter exploratório da investigação. A análise do objeto numa organização pública permite desenhá-lo através da sua identificação enquanto arena de disputa, portanto permeada por interesses e conflitos. Por outro lado, a sua natureza de instituição pública revela a *performance* de uma instituição estatal no momento de implementação de um programa específico. Dessa forma, justifica-se a escolha por um estudo qualitativo por ser esse o instrumental necessário para dar conta desse tipo de processos.

O propósito central de uma investigação exploratória é desenvolver a experiência necessária para “...*criar ou selecionar as idéias ou categorias das análises mais relevantes e para posterior formulação de hipóteses explicativas.*” (Samaja, 1993, p.227).

A pequena produção acadêmica recente sobre as instâncias intermediárias do sistema de saúde, a inexistência de estudos sobre a implantação do PSF no estado do Rio Grande do Norte, bem como estudos sobre elementos facilitadores de mudanças organizacionais na SESAP/RN após a implantação do SUS definem o caráter exploratório do estudo, porque este permite uma primeira aproximação com o objeto investigado, e abre possibilidades de identificação de categorias relevantes que podem ser utilizadas em estudos posteriores.

A pesquisa qualitativa permite descobrir os significados das falas e atitudes por parte do pesquisador. Dessa forma, revela-se o lado oculto das falas que estão subjacentes no discurso (Machado, 1999).

Estudos acerca do entendimento, das disputas em torno de um projeto que circulam em uma organização são fenômenos que pertencem a uma camada mais profunda, dentre os planos nos quais é possível perceber a realidade social. Para melhor trabalhar esse plano mais profundo, o melhor tratamento é o da metodologia qualitativa (Gurvitch *apud* Minayo, 1994 p.28).

A escolha por uma pesquisa qualitativa e exploratória não exige da responsabilidade de manter-se uma vigilância interna nos procedimentos e na análise do material estudado, na perspectiva do uso do método científico (Machado, 1999). Dessa forma discorre-se sobre os processos de escolha e o percurso de análise desse trabalho.

2.2. O Campo de análise

A definição da Secretaria Estadual de Saúde Pública no Estado do Rio Grande do Norte, como campo de estudo parte dos seguintes critérios:

- Ser a instância de formulação e execução das políticas de saúde do estado;
- Ser uma instância de gestão intermediária do SUS, e como tal, passível de estar vivenciando a descrita crise de identidade;
- Estar incrementando o processo de implantação do PSF no estado, passando 08 equipes em 1997 para 184 em 2000;
- Inserção profissional da pesquisadora permitindo uma maior aproximação com objeto em um pequeno espaço de tempo com custos baixos;
- Existência de processos de reformas administrativos no âmbito estadual, inclusive na própria SESAP/RN.

Com vistas a apreender os aspectos levantados nos objetivos da pesquisa, inicia-se identificando o contexto político-social de implantação do PSF no RN, a movimentação dos atores na construção da viabilidade política, organizativa e na direcionalidade da proposta na SESAP/RN. Analisam-se também, as mudanças organizacionais da SESAP/RN, tentando identificar o potencial instituinte da estratégia nas mudanças organizacionais dessa esfera de gestão.

2.3. Os Procedimentos e o instrumental metodológico

Os procedimentos metodológicos utilizados no estudo são: a pesquisa documental e as entrevistas semi-estruturadas com os atores institucionais.

O uso da pesquisa documental permite explorar com maior detalhamento o objeto, através do discurso institucional, da normatividade instituída nos documentos e das formulações e execução da política em questão.

Na pesquisa documental, serão analisadas as seguintes fontes: relatórios de gestão do estado, planos estaduais de saúde, relatórios das duas conferências estaduais realizadas, atas de reunião do conselho estadual de saúde e da Comissão Bipartite Estadual, projeto de implantação do programa no estado e outros documentos produzidos pela gestão estadual do PSF.

Quanto à entrevista semi-estruturada, é possível através dela, perceber o entendimento, movimentos e definições, percepções dos atores sobre o campo de análise e sobre a sua maneira de se posicionar em relação ao objeto em estudo.

Na escolha dos informantes-chave segue-se a recomendação do “método posicional” que pressupõe a identificação de atores que possuam poder de decisão dentro da instituição, através da sua posição formal na hierarquia institucional (Stopino *apud* Machado, 1999).

Foram escolhidos: os gerentes do programa; gestores da SESAP; profissionais da SESAP envolvidos com as reformas administrativas; representantes dos usuários de saúde no Conselho Estadual de Saúde; e um representante do COSEMS .

Trabalha-se com um total de dezoito entrevistas, que inclui: 01 secretário de saúde; 02 gerentes do programa; 07 técnicos de nível central e 06 técnicos de nível regional pertencentes a diferentes gestões na SESAP/RN, 01 representante do Conselho Estadual de Saúde; e 01 presidente do COSEMS.

Na análise dos dados, identificam-se dois tipos de atores institucionais: o *interno* e o *externo*, que por vez assumem posições diferenciadas dentro da organização. Chama-se *ator interno* aquele responsável pelos postos de comando dentro da organização, e de *externos*, aqueles que estão no acompanhamento e fiscalização da gestão, mas que não exercem função executiva

(representantes do CES e do COSEMS). Os atores internos *regionais* são técnicos da organização, que exercem suas funções em nível regional.

Apesar da presença majoritária de atores institucionais internos, justificáveis por serem os executores das mudanças dentro da organização, o estudo preocupa-se também, em escolher membros externos às instituições que do ponto de vista jurídico definem a política institucional, mas não são responsáveis pela sua operação.

O recorte temporal de análise será a partir da constituição do programa no Estado, de 1994 até os dias atuais, analisando as diversas gestões que compõem esse momento.

Utiliza-se para a realização das entrevistas um roteiro prévio (anexo 1), organizado por temas que estão ligados aos conceitos e objetivos da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permite maior liberdade na fala dos atores, sendo o roteiro apenas um guia para o pesquisador. Como procedimento recomendado, esclareceu-se sobre os objetivos do estudo, sobre os motivos da escolha do informante, garantindo-lhes a manutenção de seu anonimato (Machado, 1999).

Para a reconstrução do contexto político institucional, utilizar-se-á a pesquisa documental, tentando-se apreender os contornos internos e externos que viabilizam ou dificultam a consecução do PSF no estado.

Quanto às mudanças organizacionais na SESAP/RN e o potencial instituinte do PSF na consecução das mudanças, a análise parte, principalmente, das entrevistas com atores chaves e, suplementarmente, pela pesquisa documental, tentando apreender as disputas e os interesses existentes no campo da organização nos processo de reformas.

2.4. Análise do material

Analisa-se o material coletado, a partir dos pressupostos da hermenêutica-dialética, que se constitui num esforço de superar a crença na verdade absoluta, na interioridade do discurso, e buscá-la também, em elementos extradiscursivos, como os espaços sócio-políticos, econômicos e culturais, onde o discurso circula (Minayo, 1992).

A utilização dessa perspectiva metodológica se fará com a clareza de que a estrutura do significado presente no discurso não se restringe a si mesmo, mas está marcado pelo caráter ideológico das relações de trabalho e de poder.

Seguem-se os procedimentos sugeridos por Minayo (1992), que classifica as fases do trabalho de análise em : ordenação, classificação e análise final.

A ordenação se processa através da leitura flutuante dos documentos pesquisados e das entrevistas, já transcritas e conferida a sua fidedignidade. Posteriormente inicia-se a pré-classificação do material processado por categorias analíticas. As categorias de análise são trabalhadas de acordo com o referencial teórico, portanto, definidas previamente.

Partindo da “Classificação de desempenho dos estados, na implantação do PSF”, segundo o estudo de Viana (2000), são definidas quatro modalidades de desempenho¹⁸. Nesse sentido, o processo de análise identifica, para o RN, duas fases de implantação para o programa, com as quais pretende trabalhar:

- a fase classificada como de “baixo incremento final da cobertura populacional” situada nos anos de 1994 a 1997;
- a fase classificada como de “grande incremento final da população coberta” situada nos anos de 1998 a 2000.

Cada fase é subdividida conforme os diferentes gestores que se sucedem na SESAP/RN. E cada gestão é estudada de acordo com as categorias de análise mencionadas abaixo.

Assim o material produzido é exposto, no capítulo quatro, em dois grandes “corpus”: **as fases**, cada qual com suas respectivas **gestões**.

¹⁸ O estudo de Viana analisa a situação de implantação dos diferentes estados brasileiros, a partir de indicadores de crescimento de cobertura populacional e do ano de ingresso no programa. Descrevendo quatro categorias de implantação:

- I. Grande incremento inicial da população coberta (cobertura variando entre 25-50% da população total). Formados por estados, que ingressaram no programa entre 1997-1998;
- II. Grande incremento final da população coberta, estados que iniciaram o programa em 1994 e paulatinamente superaram a média nacional de cobertura (cobertura variando em mais de 15 a quase 30% da população coberta);
- III. Incremento final mediano com cobertura perto da média nacional (variando de 5 a quase 13%);
- IV. Incremento final baixo da população coberta, onde os índices de cobertura situam-se abaixo da média nacional (entre menos de 1-5% de cobertura populacional) (Viana *apud* Rocha, 2000 p.40/41).

As categorias de análise foram previamente selecionadas a partir do referencial teórico escolhidos e são assim definidas:

1. **viabilidade política** do projeto PSF na SESAP/RN;
2. **viabilidade organizativa** do projeto PSF na SESAP/RN;
3. **direcionalidade normativa** do programa na SESAP/RN.

Para operacionalizar as categorias eleitas adotam-se as seguintes subcategorias, escolhidas a partir da análise do material coletado:

Quanto à construção da **viabilidade política**:

- 1.1-Entendimento e envolvimento dos atores acerca do programa;
- 1.2-Prioridade de governo;
- 1.3-Discurso oficial nos documentos institucionais (relatórios, planos e outros).

Quanto à construção da **viabilidade organizativa**:

- 1.1-Desempenho de implantação
- 1.2-Desenho organizacional
- 1.3-Disponibilização e capacitação de recursos humanos
- 1.4-Alocação de recursos financeiros

Quanto à construção da **direcionalidade normativa**:

- 1.1-Instrumental normativo (diz respeito aos documentos jurídicos institucionais que regulamentam o programa no estado).

Dessa forma, tenta-se diagnosticar se o processo de implantação do PSF pode indicar, ou não, a formação de um novo ciclo nas estruturas sanitárias do RN.

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES PRINCIPAIS DAS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE NO RN

*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo mundo é composto de mudança.
Tomando sempre novas qualidades.*

*Continuamente vemos novidades,
Diferentes em tudo da esperança;
Do mal ficam as mágoas na lembrança,
E do bem, se algum houve, as saudades.*

*O tempo cobre o chão de verde manto.
Que já coberto foi de neve fria.
E em mim converte em choro e doce canto.*

*E, afora este mudar-se a cada dia,
Outra mudança faz de mor espanto,
Que não se muda já como soia”*

Camões. Sonetos, 1975.

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES PRINCIPAIS DAS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE NO RN

Os poucos estudos existentes no Rio Grande do Norte, sob o enfoque das mudanças organizacionais nas estruturas administrativas na área da saúde serviu como impulso para tentar, a partir dos trabalhos já realizados, organizar as informações sobre o tema, através de um resgate histórico. Para tanto, faz-se um resumo da evolução das estruturas sanitárias no Rio Grande do Norte. Analisam-se as relações que se estabelecem entre estruturas, métodos e práticas sanitárias instituídas no Estado ao longo desse século e, em especial, quando surge o PSF.

Identificam-se também, os contextos históricos-políticos de cada momento, no país e no estado, tentando apreender as relações existentes entre o campo da política e o campo em foco.

Reformulam-se alguns dos ciclos de formação das estruturas sanitárias do Estado, apontados por Tinôco (1972) e Vasconcelos (1997), tentando-se atualizá-los. Nos três primeiros ciclos segue-se a abordagem de Tinôco (1972), estendendo-se o seu terceiro ciclo até 1976. Em seguida propomos o quarto e quinto ciclos, até o surgimento do PSF, recorte principal do trabalho. Assim, mostramos os antecedentes da constituição das estruturas sanitárias do Rio Grande do Norte em cinco ciclos. O período posterior ao quinto ciclo, coincide com o recorte de temporal deste estudo e é exposto no quarto capítulo.

3.1. Primeiro Ciclo (1889-1932) ou Ciclo da Caridade

O quadro político-social no Brasil com a instalação da República não se altera, sendo mantidos os privilégios das elites nacionais, apesar do discurso da solidariedade social.

Até os anos 30 não se pode falar da existência de uma política de saúde. Os primórdios do desenvolvimento da assistência médico-hospitalar no país, estiveram centrados na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho caritativo e filantrópico, destinados aos pobres e indigentes. Somente no século XX é que são implantados os hospitais públicos pelos governos estaduais, o do Distrito Federal, além de alguns municipais. A ação do governo se restringia à implantação de instituições nosocomiais, do tipo hospícios ou asilos para tuberculosos (Levcovitz, 1997). Nesse período foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional.

O modelo de campanhas sanitárias, destinado ao saneamento do meio, torna-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil. São consolidadas estruturas administrativas centralizadas, tecnoburocráticas e corporativistas, que se ligam a um corpo médico que em geral são provenientes das oligarquias de origem agrária que dominaram a república velha (Luz, 1991 p.79).

O início da República no Rio Grande do Norte não difere da tradição política brasileira. Tem como tônica na constituição do poder político, a hegemonia dos grupos oligárquicos. A ocupação dos cargos de governo e o direcionamento político são realizados pelas oligarquias compostas predominantemente pelos grupos: Maranhão (ligado aos coronéis do açúcar-têxtil, da região agreste litorânea) e o Sistema Político do Seridó (ligado ao algodão e pecuária) (Lindoso, 1996).

A descaracterização do caráter público do Estado, pela ocupação permanente dos grupos sociais dominantes, reafirma as características do Estado brasileiro, apontadas nesse trabalho: cartorização, fisiologismo e clientelismo. Essas características estão presentes em todas as esferas do poder público, inclusive na saúde (Vasconcelos, 1997).

Cria-se a Inspetoria de Higiene Pública com a incumbência de administrar asilos, hospitais e laboratórios do Estado, prestar serviços de saúde referente à vacinação, fiscalização sanitária de habitação e estabelecimentos comerciais, além da distribuição de medicamentos aos pobres e o controle de endemias. Grande parte dessas atribuições está ligada às ações de saúde pública.

Nesse período, cria-se o Regulamento de Higiene no Estado. As práticas sanitárias centrais são o saneamento do meio e as ações assistenciais caritativas. A estrutura hospitalar é pequena, apenas dois hospitais funcionam no Estado,

Estes nosocômios são considerados “depósitos” para doentes, sem as mínimas condições higiênico-sanitárias para o seu funcionamento. A partir de 1909, a administração e o funcionamento dos hospitais do Estado, são repassados para instituições religiosas beneficentes. Seus custeios continuam sendo feitos pelo Estado. São conhecidos pela população como morredouros públicos e sua clientela é composta por indigentes hospitalizáveis, conforme está descrito no Decreto¹⁹ estadual de 1934 (Tinôco, 1972).

Em 1921 é reorganizada a Inspetoria de Saúde, ganhando uma nova denominação: Diretoria Geral de Higiene e Saúde Pública, sem grandes mudanças de atribuições. A novidade é desconcentração de atividades para os municípios e o alargamento da estrutura organizacional (anexo 2), com criação de departamentos e inspetorias.

As ações de saúde pública no Estado nascem vinculadas ao hospital, a atuação dos serviços centra-se na capital, e a intermediação com o setor privado na prestação de serviços, já era institucionalizada. Define-se esse período como ciclo da caridade (Vasconcelos, 1997).

3.2. Segundo Ciclo (1933-1963): Expansão dos Serviços

Para Tinôco (1972), esse ciclo no RN é único e se caracteriza como o ciclo da expansão dos serviços. Um novo olhar sobre esse período, pode apontar para diferenciações no contexto político institucional, identificando dois momentos diferenciados nessa etapa. Dessa forma, propõe-se subdividi-los em dois subciclos, para uma melhor compreensão das mudanças.

O marco inicial desse ciclo para o autor, dá-se pela constituição do projeto de reforma dos serviços sanitários do RN, apresentado ao interventor federal do Estado Novo.

3.2.1. Subciclo I (1933-1945) - ciclo da centralização

¹⁹ Decreto Estadual nº 681 de 16 de julho de 1934: aprova despesa para assistência hospitalar no Estado.

A política do Estado intervencionista, no pós-30, introduz a cidadania regulada²⁰, que contribui para consolidar um estado autoritário, centralizador, intervencionista. Ocorrem alterações profundas na organização e nas competências do aparato público.

A efetiva intervenção do Estado no campo da saúde inicia a montagem de um complexo médico-industrial que se consolida na década de 60. São criados as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), vinculados ao Estado e organizados por categorias profissionais (Luz, 1991). Promove-se a separação entre atenção médico-individual por um lado, e os serviços de saúde pública por outro.

A implantação dos programas e serviços de auxílio e atenção médica; são impregnados de práticas clientelistas. As estruturas da saúde pública caracterizam-se pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo. As instituições de previdência social são marcadas pelo clientelismo, populismo e paternalismo (Luz, 1991).

O que ocorre na esfera estadual são rearranjos da política, onde se garante a manutenção das elites locais.

*“... Com o Estado Novo, (...), o novo regime desenvolveu os mecanismos de centralização política e administrativa a um nível sem precedentes e continuou a **modernização** do aparelho de Estado. Nas unidades federadas foram criados departamentos administrativos que controlavam as atividades dos interventores” (Lindoso, 1996, p.206/207, grifo do autor).*

Na estrutura administrativa da saúde ocorre o aumento de profissionais para atuar nos serviços administrativos da saúde, a criação de hospitais regionais, a estruturação do departamento de saúde, constando das subdivisões de materno-infantil, educação em saúde, formação de pessoal de enfermagem, serviço de epidemiologia e engenharia sanitária, atividades de laboratório e farmácia. O modelo organizacional desse período, pode ser mais bem visualizado no anexo 3 (Tinôco, 1972).

²⁰ Cidadania Regulada: o termo é referente ao acesso às políticas públicas, para aqueles que possam pagar por ele, ou seja, a seguridade enquanto direito universal do cidadão não se viabiliza no país, o que se tem é o seguro saúde para os contribuintes que dele possa fazer uso. “Os direitos dos cidadãos restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece” (Santos, 1987 p. 66).

Em 1943, o Estado é dividido em sete distritos sanitários responsáveis pelo funcionamento dos centros de saúde e postos de higiene fixo e itinerantes em sua área, sendo transformados posteriormente em regionais de saúde.

As estruturas sanitárias se ampliam sem reorientações políticas importantes no contexto estadual, as práticas sanitárias continuam centradas nas atividades campanhistas, sendo estruturados e ampliados os serviços. Os sutis movimentos de reforma estrutural são na verdade, respostas a uma nova prática sanitária que se institui de forma insidiosa nos serviços, voltada para a atenção individual e curativista.

A centralização normativa, a estruturação da burocracia estadual da saúde, as práticas verticalistas e interventoras do estado conformam o arcabouço institucional desse período, na área de saúde.

3.2.2. Subciclo II (1945-1963) - ciclo da expansão

Com o fim do Estado Novo inicia-se o processo de redemocratização do país, seu curto tempo de duração instaura o que Fiori (1995b) define como ordem democrática limitada. Avança o processo de industrialização com surgimento de uma classe operária autônoma, não atrelada ao sindicalismo oficial de Vargas.

A permanência de duas modalidades de políticas de saúde, ambas ineficientes para resolver os graves problemas da população, aponta um momento de crise refletida na dicotomia entre campanhismo e o modelo curativista (Luz, 1991).

As soluções para o problema começam a ser gestados envolvendo um grande movimento social no início dos anos 60, que reivindicam uma reforma sanitária conseqüente com ênfase na descentralização.

Em 1963 é convocada a III Conferência Nacional de Saúde, que enfatiza a necessidade de municipalização das ações e serviços de saúde, com aumento de verbas para o setor.

O cenário local tenta reproduzir as tendências nacionais de substituição do modelo econômico agro-exportador e em conseqüência, a negação das práticas políticas coronelistas. No entanto, os atores responsáveis em construir esse novo

ciclo são as velhas oligarquias do Estado, nesse momento representado pelo grupo liderado por Aluizio Alves, e o outro sob o mando de Dinarte Mariz.

Esta disputa pelo poder político local, expressa o embate entre dois projetos de desenvolvimento para o Rio Grande do Norte: o que está aliado à conservação do modelo agro-exportador; e aquele que se filia ao processo de modernização econômica para o nordeste, através da industrialização dos centros urbanos e da modernização do campo (Oliveira, 1993).

O projeto vitorioso é o da modernização pela industrialização, assim sendo, os rearranjos político-institucionais introduzidos na política potiguar, apesar de se filiarem à idéia de progresso e modernização, impulsionado pela burguesia nacional, reforçam a conservação dos interesses de grupos oligárquicos tradicionais, agora travestidos de um novo discurso. A face de modernização é buscada para a conservação da essência da dominação (Germano, 1989, *apud* Azevedo, 1996).

Na área da saúde, a faceta desenvolvimentista, modernizadora e racionalizadora do momento, opera mudanças substanciais na estrutura sanitária da Secretaria de Saúde; tanto no plano organizacional, com a criação Secretaria Estadual de Educação e Saúde, em 1953 (anexo 4), passando a ser Secretaria Estadual de Saúde em 1955 (Tinoco, 1972).

A expansão da rede assistencial cria condições para implantação de uma prática sanitária voltada para atenção hospitalar. Consolidado, de forma definitiva num momento seguinte, um modelo assistencial no RN: hospitalocêntrico, biologicista e centrado na atenção individual.

3.3. Terceiro Ciclo (1964-1976): nova centralização

O golpe militar de 1964 consumou a reação das classes dominantes impedindo os processos de reformas no Estado e na sociedade, visando ampliar o espaço da política. O resultado do processo na organização político-institucional do Estado é a centralização administrativa, com o fortalecimento da tecnocracia e o aumento do exercício coercitivo no aparelho de Estado.

O caráter intervencionista do Estado reafirma-se ainda mais nesse período. A necessidade do governo militar se firmar como um projeto político capaz de

garantir a ordem e o progresso nacional, faz com que as políticas sociais oficiais passem a integrar as camadas socialmente excluídas, visando a acumulação e a legitimação do seu projeto.

Emerge no Brasil nesse mesmo período, o Movimento de Desenvolvimento Comunitário. Seu objetivo é o combate à pobreza nos países de terceiro mundo, hegemonizados politicamente pelos Estados Unidos. É financiado por organismos internacionais como a ONU e o UNICEF. As idéias que sustentavam o movimento de desenvolvimento comunitário casavam com o ideário desenvolvimentista de utilização máxima dos recursos, aceleração do processo industrial, reintegração da população rural através da modernização do campo (Macedo, 1987).

O movimento pela descentralização das ações de saúde que se gestava nos primórdios dos anos 60 é interrompido pela ação golpista. Começa a se consolidar a privatização dos procedimentos médico-assistenciais. Ao final da década, fica clara a clivagem entre ações de saúde coletiva e as de assistência médico-hospitalar. Para Luz (1991), nesse período se opera uma grande reorientação institucional na administração estatal, inclusive na saúde. Esses rearranjos se traduzem numa síntese que envolve o campanhismo e o curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do Brasil.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela prestação de serviços médicos hospitalares aos contribuintes, reafirma os mecanismos de desintegração da assistência no setor saúde. Cabendo ao MS e SES a função complementar da assistência para os grupos excluídos do mercado de trabalho. Nesse período o MS, diversas secretarias estaduais e as universidades, implementam programas e projetos de extensão de cobertura baseado nos princípios de atenção primária em saúde, focalizados para as áreas do Nordeste (Levcovitz, 1997).

As forças políticas no RN que configuram a disputa bipolar intra-oligárquica, pelo poder público, continuam representadas pelas figuras de Aluizio Alves e Dinarte Mariz, os quais, nesse momento, se reúnem numa mesma legenda, como forma de sobrevivência frente ao novo ordenamento político. Os governos estadual e da capital são ocupados por representantes escolhidos pelos militares, oriundos das representações oligárquicas, enquanto nos demais municípios

as estruturas político-partidárias se mantêm atreladas às estratégias dessas elites locais.

A nova regulamentação da Secretaria de Saúde, em 1964, estabelece uma assessoria de planejamento, que é o marco inicial dessa fase racionalizadora; e o Conselho Estadual de Saúde de caráter consultivo são as novidades da estrutura administrativa (anexo 5). É ampliada a rede hospitalar e assistencial do Estado. Em 1967, é criado o código estadual de saúde.

Segundo a Lei nº 3.088, de fevereiro de 1964, cabe à Secretaria Estadual de Saúde: o planejamento, a coordenação, a execução e o controle das atividades governamentais referentes à saúde pública, tendo como objetivo o combate às doenças, a promoção da saúde, o saneamento do meio ambiente, a fomentação da pesquisa científica, devendo articular suas atividades com a de outros órgãos oficiais, com ele colaborando para elevar o nível de saúde da população, e ainda o amparo, fiscalização e assistência das atividades privadas do setor saúde (Tinoco, 1972).

Tentando se adequar a esse novo ideário racionalizador, a Secretaria Estadual de Saúde lança o Programa de Minipostos de saúde, em 1968. Esse projeto visa ampliar os benefícios de saúde à população rural. É uma experiência pioneira no Brasil, e se constitui num modelo de assistência médica simplificada, com apelo à participação comunitária com ênfase nas ações educativas e preventivas (Macedo, 1982).

A prática racionalizadora adotada pelo programa, vai estar de acordo com a política institucional do momento, destacado por Tinoco (1972), o que possibilita explicar o pioneirismo do programa no Estado. O Miniposto é a unidade operacional do programa, o espaço físico normalmente cedido pela comunidade que se transforma em posto de saúde. O Miniposto se constitui como a porta de entrada da rede, fazendo referência para unidades de maior complexidade, no caso, as da FSESP (Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública). Com isso, são dados os primeiros passos para uma proposta de hierarquização dos serviços de saúde no RN.

No início dos anos 70 dá-se uma ampliação significativa da rede básica de saúde, porque além dos Minipostos, passa-se a contar, com os Centros de Saúde localizados nos principais municípios do Estado, além da construção do hospital

geral de pronto socorro (Tinôco, 1972). Novas atividades são incorporadas ao programa de Minipostos, como a suplementação alimentar, o planejamento familiar. Em meados de 1970, visando a sua expansão, o programa é renomeado como Programa de Assistência Médica Simplificada, que será assumido pela SESAP, como projeto estruturante de prática sanitária até 1977.

A separação entre as ações preventivas e curativas é a tônica da ação institucional no Estado, sentida pelos autores em destaque, “... *apesar de existir uma chefia única na cúpula dos órgãos, não se integram em termos de funcionalidade*”. As unidades sanitárias e o departamento médico-hospitalar, não se integram. Se fossem comparadas às ações ditas tradicionalmente como de saúde pública é que esse distanciamento ainda era maior (Tinôco, 1972, p.27).

Algumas singularidades desse período podem ser destacadas dentre elas: a incorporação do planejamento como ferramenta de gestão na estrutura administrativa, o caráter pioneiro dos programas comunitários que segundo Macedo (1982), introduzem uma dinâmica de participação popular, ainda que de forma incipiente e também as práticas de educação em saúde. Constituindo-se na primeira iniciativa de extensão de cobertura no Estado, antecedendo o movimento de extensão do PIASS.

A retórica da modernização da máquina administrativa, através de técnicas racionalizadoras do planejamento e do estabelecimento de uma infra-estrutura necessária ao progresso do Estado, se associava às práticas clientelísticas, cartorizantes e repressivas na condução do Estado. Confirma-se o peso da tradição oligárquica mesclada num discurso moderno.

3.4. Quarto Ciclo (1977-1990): desconcentração

A partir de meados da década de 70, intensas mobilizações sociais irrompem no cenário político nacional. As lutas pela abertura política e pelo final da ditadura militar encontram eco de norte a sul do país. Somadas à recessão econômica, tais questões exigem respostas do Estado, no sentido de superação da sua crise.

Esse período inclui o fim do autoritarismo e a formulação de um projeto democrático para o Estado brasileiro. Vários arranjos político-administrativos na estrutura do Estado são elaborados no sentido de dar respostas ao momento.

Ao longo desse ciclo, é gestado no país o processo de reforma sanitária, que se inicia com a implantação do PIASS (Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento) em 1976, passando pela AIS (Ações Integradas de Saúde) em 1982; o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) em 1987, já no governo da Nova República se consolidando com a inscrição jurídica do SUS na constituição federal de 1988, que é o marco inicial do ciclo seguinte.

O Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento (PIASS), é o marco inicial desse novo ciclo. Seu objetivo é de expandir a cobertura dos serviços de saúde, visando a sua estruturação permanente, tendo como princípio a racionalidade técnica e financeira dos recursos alocados, focalizado para as populações mais excluídas do cenário nacional (Levcovitz & Noronha, 1992).

Quanto as AIS, são implantadas efetivamente entre 82-84, nas diversas regiões do país, apesar da heterogeneidade de implantação. Seu objetivo é a articulação interinstitucional que viabilize ações mais eficazes e eficientes no setor saúde. No governo da Nova República em 1987 é criado o SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, através da estadualização dos ações e serviços de saúde, como etapa transitória para municipalização. O SUDS assume como princípios e diretrizes a universalização, equidade no acesso, integralidade, regionalização, integração e descentralização das ações de saúde, implementação dos Distritos Sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos para atuar no sistema: “...trata-se de reunir, unificar o que está disperso, desordenado. Com ênfase na estadualização e posterior municipalização” (Levcovitz & Noronha, 1992, p. 88).

A transição democrática no RN traz à tona novos atores institucionais, com o reaquecimento do movimento sindical e comunitário. É o momento da “urbanização da política nordestina”²¹. A legitimidade para esse novo projeto exige res-

²¹ A urbanização da política nordestina se inicia no final dos anos 70, com o surgimento de novos atores no cenário político, oriundo dos movimentos sindicais e comunitários. Esses novos atores introduzem na agenda política reivindicações de um novo contexto urbano no Nordeste, resultante do crescimento do processo de industrialização e pela expulsão da população trabalhadora do campo para cidade (Andrade, 1988).

postas às demandas sociais urbanas emergentes e imprime o início do alargamento da esfera política no RN, como em todo país (Azevedo, 1996).

As discussões em torno da proposta de reforma do Sistema Nacional de Saúde no estado potiguar, tornam-se públicas no final dos anos 70, incorporando-se ao debate nacional, através do movimento estudantil da saúde, do Movimento de Renovação Médica e o núcleo local do CEBES, todos ligados a partidos de esquerda do RN (Vasconcelos, 1997).

O primeiro movimento de reforma dá-se com o PIASS em 1977; e pode ser considerado como um importante marco institucional a partir do qual a Secretaria Estadual de Saúde implementa seus serviços e expande a cobertura das ações. Cresce a rede assistencial e interioriza-se a assistência médica no Estado. Em 1980, todos os municípios possuíam um centro de saúde ou uma unidade mista na sede, e no mínimo, dois postos de saúde na zona rural (Almeida, 1989).

Ocorre o fortalecimento dos recursos humanos; desenvolve-se a reforma e a descentralização administrativa com a criação de seis Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). (Vasconcelos, 1997).

No plano das práticas de saúde Inicia-se uma crise no sistema, devido à incorporação de novos usuários, antes sem acesso aos serviços, mantendo-se a precariedade no atendimento às referências hospitalares, e à insuficiência do modelo de atenção. Com a implantação das AIS no estado, objetiva-se integrar as instituições prestadoras de serviços de saúde no Estado: SESAP, FSESP, INAMPS e UFRN, visando a ampliação dos serviços e a racionalização de recursos. O projeto inicia-se em Natal e só consegue se expandir em 1986, devido às disputas políticas entre os grupos regionais pelo controle das instituições de saúde (Vasconcelos, 1997).

As pressões sociais da urbanização da política estimularão experiências que envolvem mudanças no modelo de atenção, dentre elas destaca-se a implantação do Programa de Médico da Família, desenvolvido em Natal. Para o problema da referência hospitalar são estruturadas as Unidades Mistas que têm como objetivo o atendimento de urgências em obstetrícia e as urgências clínicas, constituindo-se na referência inicial de atendimento secundário, servindo de retaguarda para os centros de saúde já instalados. A viabilização desse projeto se faz a partir dos recursos federais (Vasconcelos, 1997).

Quanto ao projeto de Medicina Familiar, a princípio pensado para todo o Estado, só consegue se viabilizar restrita e experimentalmente em algumas unidades de saúde de Natal e Mossoró, segunda maior cidade do Estado, pelo fato do custo operacional do projeto ser maior que as demais unidades.

Visando descentralizar e desburocratizar os processos administrativos são criadas as comissões: CLIS (Comissão local de Saúde), cujo objetivo é de incentivar a participação comunitária; CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde), em 1985, a CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde). Apesar da criação das comissões, a integração institucional, assim como, o planejamento e a racionalização na prestação e no uso dos recursos preconizados pela AIS, não se efetivaram no RN (Vasconcelos, 1997).

Nesse período são consolidados os serviços e modernizado o Sistema. A constituição de um arcabouço jurídico-legal para a Secretaria Estadual de Saúde, define a nova face desta instituição. O regulamento da SSAP e o Código Estadual de Saúde em 1982 são os frutos desse momento. É viabilizada a constituição da rede de serviços básicos de saúde e, através dela, é consolidada administrativamente a Secretaria Estadual de Saúde, como coordenadora e principal executora dos serviços públicos de saúde.

A implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) no estado se inicia em 1987, com assinatura do convênio SUDS. Com o convênio, é transferida a gestão dos serviços e dos recursos financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde, como um momento transitório para a organização dos Sistemas Municipais de Saúde. Também em 1987, são assinados convênios com o MS para a implantação do Projeto Nordeste e com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para a implantação dos Distritos Sanitários no Estado (Sampaio et al., 1988).

Nas principais diretrizes operacionais para organização do SUDS assinados na síntese do Seminário Interinstitucional sobre Reforma Sanitária e Organização dos Serviços de Saúde no RN, propõe-se: fusão do INAMPS com a SESAP/RN; definição do modelo assistencial com base nos Distritos Sanitários; e reforma administrativa da SESAP, visando a sua adequação ao SUDS.

A unificação institucional entre o INAMPS e a SESAP, não se obteve na prática. O que houve foi a fusão incompleta das instituições e o pagamento da

isonomia salarial entre os servidores, mantido apenas por alguns anos. No plano das práticas assistenciais não se registraram mudanças efetivas no modelo operado pela Secretaria de Saúde (Sampaio et al,1988).

Quanto aos Distritos Sanitários no RN, constata-se que não se produzem melhorias na qualidade da assistência prestada à população, apesar da expansão da rede. A descentralização político-administrativa não chega aos municípios, devido aos entraves burocráticos de grupos políticos que insistem na centralização do poder. O modelo assistencial permanece ineficiente, com baixa resolutividade e efetividade não atendendo as demandas da população (Souza et al 1989).

O discurso oficial aponta como positivo a implantação do SUDS, destacando a consolidação do Sistema a partir de uma maior autonomia financeira do Estado (RN/SESAP, 1988 e 1989). Apesar do desempenho orçamentário mostrar que 75,0% dos recursos alocados para a saúde foram provenientes de verbas federais do SUDS. A contrapartida do Estado para a saúde, neste período não ultrapassa 10,0% do OGE (Orçamento Geral do Estado). Sendo que 70,0% do total dos recursos são despesas com assistência hospitalar enquanto o atendimento básico não atinge 30,0% (Vasconcelos, 1997).

As conclusões do estudo de Vasconcelos (1997) indicam que a implantação do SUDS se deu de forma centralizada sem abertura para a participação dos atores sociais; com isso, gerou resistência nos profissionais de saúde que se sentiam alheio ao processo e amedrontados com as mudanças operadas no Sistema. As dificuldades se manifestam pela persistência da gestão clientelista do sistema, na resistência burocrática às mudanças, no imobilismo dos profissionais, nos serviços e na oposição das entidades sindicais dos profissionais de saúde à forma de condução centralizada e opaca.

Do ponto de vista político administrativo esse momento se caracteriza por intensas mudanças que irão fortalecer o papel da SES, enquanto instância coordenadora e também executora de ações de saúde; no entanto, a segunda ação acaba se sobressaindo da primeira. Isto resulta num atraso do processo de municipalização no estado.

A gestão (1987/90) inicia um lento processo de municipalização ainda, do SUDS, o qual só se tornará efetivo com o SUS, a partir das normas operacionais básicas que são regulamentadas em 1990.

Com a nova ordem social-democrata nas políticas de saúde instituídas pelo SUS, intensas modificações político-administrativas são operacionalizadas, no sentido de viabilizar o novo sistema de saúde brasileiro. O principal legado desse período é a inscrição na Constituição Federal da saúde como direito do Estado e a regulamentação de um *corpus* jurídico-legal de cunho universalista, solidarista e igualitário. Dotando o SUS de contornos institucionais nítidos e singulares na história das políticas públicas brasileira.

O SUS desde sua inscrição constitucional vem sendo utilizado de forma distorcida, sendo apropriado enquanto compensação social face aos agravos de uma política econômica conservadora, excludente e injusta. Essa forma dominante de utilização do SUS resulta numa baixa qualidade assistencial do sistema (Rocha, 1997, p.202).

Os avanços políticos institucionais e político-administrativos instituídos pelo SUS a partir de 1988, somado a crise financeira do Estado e a ausência de alterações técnico-operacionais substantivas provocam uma crise sem precedentes no sistema de saúde brasileiro. Necessitando de estratégias que busquem a superação desse impasse.

No plano político-administrativo são criadas as leis orgânicas de Saúde (Brasil/LOS nºs. 8080 e 8142), e várias normas operacionais emitidas pelo MS, com a função de colocar o sistema em funcionamento. Definindo o papel de cada esfera de gestão e instrumentalizando o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios.

A inscrição do SUS no RN inicia-se com a promulgação da constituição estadual em 1989, que reproduz o teor da federal, incluindo as reformas do Sistema de saúde. Esse ano é marcado pelo enfraquecimento do SUDS nos Estados, em decorrência da redução do aporte de recursos repassados pelo nível federal, da não injeção de recursos próprios para o setor e da crise econômica global do país. No Rio Grande do Norte, a resultante dessa equação se dá pelo acirramento

da crise assistencial e pelo confronto entre governo e profissionais de saúde por não se concretizar as propostas anunciadas pelo projeto reformista.

No estado potiguar esse período é marcado por uma grave crise na área assistencial, em função da redução dos repasses financeiros federais e da redução ainda maior, da contrapartida estadual; pelo intenso confronto entre Governo e profissionais de saúde; pelo descrédito da população em função da não concretização de mudanças no plano assistencial; e pela manutenção das práticas tradicionais de gestão no setor saúde (Vasconcelos, 1996).

3.5. Quinto Ciclo (1991- 93): reformas incrementais

O processo de reestruturação política e econômica mundial provocada pela crise econômica dos anos 80 redefine o caráter do papel do Estado na provisão das políticas públicas, com repercussões em todos os países e com maior impacto nos países periféricos.

Dessa forma, o “necessário” ordenamento minimalista do Estado brasileiro, resulta no alargamento dos espaços do mercado, intensificando o processo recessivo, desencadeando o desemprego em massa e a privatização dos serviços públicos. Estes elementos configuram alguns traços fundamentais do cenário político dos anos 90.

Do ponto de vista das práticas sanitárias no SUS o MS, em 1991, lança o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido inicialmente, através de convênios com as secretarias municipais de Saúde e intermediado pela esfera estadual. Dado o sucesso das ações do PACS e a necessidade de uma maior retaguarda assistencial para as ações na comunidade, o PSF é lançado nacionalmente.

No Rio Grande do Norte, o novo governo que se instala se alinha nacionalmente às práticas conservadoras e liberais do governo federal. A partir de 1991, a pasta da saúde é preenchida por um médico, ligado ao setor hospitalar privado. Seu plano de ação para a saúde reedita velhas propostas dos governos passados como: a capacitação de RH, o aparelhamento da máquina administrativa, a reequipagem da rede assistencial e a redução da mortalidade infantil (RN/SESAP, 1991).

Para concretizar essa última diretriz e concatenada com as diretrizes do nível federal é iniciada a implantação do PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, no RN, no Governo José Agripino. O intuito inicial do programa é de atingir 68 municípios sob o financiamento do Ministério e treinar 1.056 agentes, preparando pessoas da comunidade, para atuar como elo de ligação entre os serviços de saúde e a população. A coordenação do programa ficou a cargo da Secretaria de Saúde em parceria com a FNS (RN/PNACS, 1992).

A estrutura operacional do programa segue as diretrizes nacionais, adotando uma coordenação estadual, um coordenador regional por DORES, os enfermeiros/ instrutores/supervisores e os agentes de saúde nos municípios. O número de agentes varia segundo a população do município. A proporção é de um agente para cada 100 famílias na zona rural, e um agente para cada 250 famílias na zona urbana (RN/PNACS, 1992).

Sua expansão no RN é intensa. Atualmente, todos os municípios do Estado possuem o programa implantado. Mais de 90,0% da população rural se encontra adscrita ao PACS. Apresentando uma cobertura de 70,2% da população do RN, através da atuação de 4059 agentes comunitários de saúde (Brasil/MS/SAS, 1998).

É possível identificar resultados do programa, sobretudo na área infantil, embora restrito aos grupos de menor poder aquisitivo da população (Brasil/MS/PACS, 1994). Os Relatórios de atividades do programa no Estado, apontam o PACS como uma estratégia importante no Estado, viabilizadora de mudanças nos indicadores de saúde da população, principalmente no que se refere: à redução de internamentos hospitalares de crianças por diarreia, aumento da cobertura vacinal e melhoria na cobertura de pré-natal (RN/SESAP/PACS, 1994).

Em discussão sobre a avaliação da gestão de 1991-1994, Vasconcelos (1997), aponta para um imobilismo institucional resultante: da redução de recursos oriundos da OGE; da não implementação do processo de municipalização; do confronto permanente com os profissionais de saúde, resultando em paralisações nos serviços; da implantação tardia do Conselho Estadual de Saúde, que se realiza após intervenção federal e também pelos entraves na Comissão Intergestora Bipartite, viabilizada após intenso processo de negociação com o COSEMS. Esses são alguns traços da crise estrutural da SESAP/RN, no período.

Não se observam mudanças operacionais nas práticas sanitárias, apenas a recuperação e ampliação da rede assistencial, modernização da máquina administrativa e ampliação do programa de distribuição de alimentos a grupos vulneráveis. O fato da NOB/91 estabelecer uma relação convenial direto com os municípios para habilitação ao SUS, é um outro componente aguçador do enfraquecimento da SES, enquanto ente coordenador das políticas de saúde no RN.

Diante das práticas governamentais conservadoras, o projeto sanitário reformador consegue se mover lentamente, incorporando novas propostas às ações desenvolvidas, metamorfoseando políticas e disputando projetos políticos em busca de um sistema de saúde solidário e equânime.

Para efeito da retrospectiva histórica sobre as mudanças organizacionais ocorridas nas estruturas sanitárias do RN, toma-se como corte temporal para a finalização do quinto ciclo, a entrada do PSF no estado. No quadro 2 sistematiza-se as discussões deste capítulo, através de um síntese, onde destaca-se os períodos, o contexto as estruturas, práticas sanitárias e racionalidades administrativas instituídas no Rio Grande do Norte, até o surgimento da estratégia de saúde da família.

A análise das mudanças organizacionais na SESAP/RN e a discussão sobre a formação de um novo ciclo na organização instituído pelo PSF são as preocupações do capítulo a seguir.

QUADRO 2

SÍNTESE DA COMPOSIÇÃO DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS NO RIO GRANDE DO NORTE

Ciclo/Período	Contexto	Estrutura	Práticas	Racionalidade
1º. ciclo (1889-1933) Da Caridade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ República Velha ▪ Estrutura econômica agro-exportadora ▪ Coronelismo. 	Início da organização sanitária Estrutura departamental com formação de inspetorias sanitárias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações de saúde pública, voltadas ao meio ambiente; ▪ Atenção hospitalar para indigentes. 	Centralização/ normativa
2º. ciclo (1933-1963): Dois subciclos 1º. Subciclo (1933-1945)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigência do Estado Novo; ▪ Início do processo industrial. 	Ampliação das estruturas sem grandes modificações de modelo de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações de saúde pública, voltadas ao meio ambiente; ▪ Atenção hospitalar para indigentes ▪ Início da organização do modelo médico-curativista. 	Centralização/ normativa
2º. Subciclo (1943-1963)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Democracia limitada; ▪ Aceleração do processo de industrialização. ▪ movimento de descentralização das ações e serviços. ▪ 1ª. Conferência Nacional de Saúde. 	Complexificação das estruturas existentes, criação de departamentos e divisões administrativas regionais	Intervenção médico-curativista/	Desconcentração como estratégia de organização dos serviços

3º. ciclo (1964-1976)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ditadura militar ▪ Centralização e autoritarismo do Estado ▪ Criação do Sistema Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Racionalização e centralização das decisões burocráticas; ▪ Fortalecimento da tecnocracia; ▪ Modernização da estrutura; ▪ Estruturação do arcabouço jurídico da Secretaria de Saúde; ▪ Incorporação das técnicas de planejamento e normatização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento dos serviços assistenciais; ▪ Modelo misto com expansão da assistência ambulatorial e hospitalar; e assistência médica simplificada. 	Centralização autoritária com Introdução do planejamento como ferramenta gerencial
4º. Ciclo (1977-1990): PIASS/AIS/SUDS/SUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transição democrática/abertura política; ▪ VIII Conferência Nacional de Saúde; ▪ Descentralização do INAMPS. ▪ Presença alternada de grupos políticos no governo estadual, ligados a oligarquias do RN . ▪ Nova Constituição Federal; ▪ Nova Constituição estadual ▪ Constituição do SUS ▪ Fortalecimento das instâncias de gestão do SUS; ▪ Novas formas de financiamento para o SUS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição do PIASS/AIS/SUDS; ▪ Constituição do Programa Mini-Posto até 1977; ▪ Constituição do programa experimental de medicina familiar em 1982; ▪ Estruturação das unidades mistas de pronto-atendimento ▪ Estruturação da CERES/CLIS; ▪ Atualização do arcabouço jurídico-institucional da SESAP/RN; ▪ Assunção das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde no âmbito estadual. ▪ Conformação de uma estrutura modular, segmentada e hierarquizada dos serviços de saúde, abrangendo todo o território estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações programáticas verticalizadas; ▪ práticas medicalizadoras e curativistas; ▪ Ações voltadas para integralidade com ênfase na prevenção e no trabalho comunitário e na participação social. 	Expansão/desconcentração administrativa Ênfase no planejamento

5º. Ciclo (1991/..).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crise econômica do Estado brasileiro; ▪ Reforma do Estado; ▪ Crise do SUS; ▪ Crise das SES ▪ Fortalecimento das instâncias municipais; ▪ Implantação das normas operacionais do SUS. ▪ Manutenção dos grupos oligárquicos locais; ▪ Vinculação ao modelo de gestão do Estado minimalista; ▪ Reformas administrativas no RN, ▪ Repasse da responsabilidade de parte da assistência e de pessoal para os municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redefinição da esfera de gestão estadual, passando de executor para gestor de serviços; crise de identidade das SES; ▪ Enxugamento de cargos e redefinição de funções; ▪ Estruturação de instâncias de co-gestão: Conselho Estadual, CIB; ▪ Ênfase nas ações hospitalares com reestruturação da rede hierarquizada e organização das unidades de referência; ▪ Implantação do PACS com estratégia de combate à mortalidade infantil; 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicalizadora e curativista com ênfase na atenção hospitalar; • Atenção comunitária voltada para promoção à saúde na atenção básica. • Constituição dos consórcios intermunicipais de saúde em algumas regiões do estado. 	Descentralização normativa/focalização e racionalização dos recursos.
----------------------	---	--	--	---

Fonte: Elaboração própria baseada nos trabalhos de Tinoco (1972), Macêdo (1987) e Vasconcelos (1997).

Capítulo 4

AS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NA SESAP E O PSF NO RN

“...agora nós que acreditamos no PSF ,
precisamos trabalhar e muito a questão da
sensibilização, da ampliação, da visibilidade. A
janela está muito pequena ainda, mas eu tenho
esperança” (**ator institucional interno 2**).

Capítulo 4

AS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NA SESAP E O PSF NO RIO GRANDE DO NORTE (1994-2000): o que bate e o que fura...

4.1. O Contexto político

O mandato do governo José Agripino, chega ao seu final em 1993, devido ao pleito para o senado federal, assumindo um novo governador Vivaldo Costa. Com isso, no início de 1994 é nomeada nova secretária para pasta de saúde que elege como prioridade para os seus nove meses de gestão: o fortalecimento do CES; o avanço do processo de municipalização; a ampliação do PACS; a implantação do PSF e o reordenamento administrativo da Secretaria Estadual.

Dentro das prioridades de governo está a implantação do PSF em 36 municípios (RN/SESAP/CIB, 1994), o que caracteriza o marco inicial, da implantação do PSF no estado, concomitantemente ao seu lançamento nacional. Essa gestão dura apenas nove meses, pois na disputa pelo governo estadual uma outra força política vence as eleições.

O governador Garibaldi Alves Filho²², assume a gestão do estado em 1995 e posteriormente é reeleito, em 1998. Nesse período, quatro secretários passam pela pasta da Saúde. Entre 1995-98: Ives Bezerra (1995-1996), José Carlos Passos (1996/1997) e Pedro Cavalcanti (1997/1998). A segunda gestão, iniciada em 1999, é assumida por três secretários. pelo atual secretário, Gilson Marcelino, que consegue se manter estável em todo o período até os dias atuais.

O marco das duas gestões de Garibaldi Alves Filho, no governo do Estado, é o intenso movimento de mudanças administrativas, cujo objetivo é o enxugamento da máquina estatal; a redução do déficit público e a modernização administrativa. As lógicas do enxugamento da máquina estatal e da redução do dé-

²² O governo de Garibaldi Filho é marcado por uma intensa instabilidade político-administrativa na área de saúde são quatro secretários de saúde, em seis anos o que demonstra uma alta rotatividade dos mesmos e a dificuldade de implantação de projetos mais duradouros nesse setor.

ficat público compunham o circuito de adequação aos ditames federais, como receita para o pagamento da dívida interna e externa do estado e sua adequação à Lei Camata²³.

A reengenharia administrativa é realizada segundo o receituário minimalista do governo federal, através da redução dos cargos comissionados, da extinção e privatização de órgãos públicos, do programa de demissão voluntária, do congelamento salarial dos servidores, do aumento das alíquotas de impostos e da terceirização dos serviços. Tais postulados, ademais, marginam todo ambiente administrativo da gestão estadual.

A gestão de Ives Bezerra é desmontada um ano após sua entrada, devido as interferências político-partidárias na gestão da saúde. A prática de favorecimento político-partidário é rechaçada pelo gestor da saúde impedindo a sua continuidade na administração.

Em abril de 1996, um novo gestor assume a pasta da saúde, aprofundando o processo de municipalização da saúde no estado, e iniciando a discussão sobre a reorganização do sistema estadual de saúde, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

As articulações políticas para garantir o segundo mandato do governador introduzem novos arranjos no cenário político estadual, resultando na substituição do então secretário estadual de saúde, José Carlos Passos, por Pedro Cavalcanti, finalizando assim esse primeiro mandato.

Duas reformas administrativas ocorrem no setor saúde, durante a gestão Ives Bezerra em 1995 (cujo desenho organizacional consta no anexo 4), e em fevereiro de 1999, na gestão de Gilson Marcelino (conforme a Lei Complementar nº. 163). Essas reformas estão associadas ao receituário de contenção do déficit público emanadas do governo federal, o que leva a perceber a relação de dependência do setor saúde com as políticas de cunho liberal desse governo.

A SESAP-RN, como é definida na atual estrutura, é o órgão auxiliar institucional de primeiro nível hierárquico da administração direta estadual, cuja função é o gerenciamento do sistema de saúde no Estado. Seu organograma atual consta no anexo 7. O programa de Saúde da Família atualmente se encontra subordi-

²³ Lei Camata: Lei federal que regulamenta os gastos públicos com pagamento de pessoal em cada esfera de poder, limitando para 60% do total da arrecadação federal estadual e municipal.

nado à Subcoordenadoria de Educação e Informação de Saúde, como gerência especial do PACS e PSF.

Uma outra estrutura operacional do programa no estado é o Pólo de Capacitação em Saúde da Família. Essa instância constitui-se num espaço interinstitucional com representação das secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Natal e das universidades: Federal (UFRN) e Regional do RN (UERJ) e não faz parte da estrutura formal da SESAP/RN. Seu objetivo é de qualificar as equipes de saúde da família, através da articulação entre ensino-serviço no estado.

Os contextos políticos, traçados acima, permitirão uma análise mais ampla sobre a particularidade das fases e gestões internas à SESAP/RN que se seguem.

4.2. FASE I (1994/97): baixo incremento

4.2.1. Gestão 1994

4.2.1. a- Construção da viabilidade política do PSF

Quanto ao entendimento dos atores pode-se notar que o programa é visto como sendo uma proposta ministerial incipiente, sem possibilidades de instituir-se como projeto estruturante. Dessa forma não se assume a sua implantação efetiva no âmbito estadual.

O pequeno tempo dessa gestão é também percebido como inviabilizador da proposta.

Quanto à articulação da proposta nas instâncias de gestão do SUS, não há registro de discussão da proposta, conforme as atas pesquisadas na CIB e no CES, nesse período.

Quando se procura identificar o discurso oficial presente nos documentos da SESAP/RN, tais como, relatório de gestão e plano estadual de saúde, constatamos que os mesmos não existem. O que dificulta uma apreciação mais acurada do desempenho desse período.

4.2.1. b- Construção da direcionalidade normativa do PSF

Em pesquisa realizada nos documentos da SESAP/RN, não foram encontrados instrumentos normativos instituídos pelo PSF nesse momento.

4.2.1. c- Construção da viabilidade organizativa do PSF

No que diz respeito ao desempenho da gestão na implantação do programa gestão, apenas 04 (quatro) municípios aderem à proposta, sendo constituídas 18 (dezoito) equipes. A vinculação do programa é feita através de convênio direto com o MS, de forma que a Secretaria Estadual de Saúde se coloca como mera espectadora no processo.

A ampliação do programa para 36 (trinta e seis) municípios não se concretiza, pois os esforços da gestão se concentram no processo de habilitação dos municípios à NOB-93. Quanto aos recursos humanos disponíveis para o programa, se restringem ao gerente, inviabilizando um melhor acompanhamento dos trabalhos.

Quanto à capacitação e formação de pessoal para o programa, nenhum tipo de participação da SESAP/RN é viabilizada nesse período.

Quanto ao formato organizacional da proposta, os técnicos da SESAP/RN participam de vários encontros técnicos no Ministério da Saúde, onde se discute a fusão do PACS com o PSF como estratégia para a organização da saúde da família.

É consenso nas reuniões do MS com os técnicos dos estados, que a estrutura do PACS já existente, em cada local deva ser aproveitada para um melhor rendimento da nova estratégia. No entanto, o encaminhamento dado pelo gestor estadual é a criação de uma gerência específica para o PSF, sendo assumida pelo médico Romildo Batista Farias.

No que se refere aos recursos financeiros do estado para a construção do programa, nenhum recurso do tesouro estadual é disponibilizado.

As dificuldades operacionais para o programa são claras, impossibilitando sua expansão e divulgação no estado, resultando num baixo incremento da proposta. Nesse sentido, o projeto demonstra um baixo potencial instituinte na construção de mudanças organizacionais durante a atual gestão. A situação de im-

plantação do PSF, em termos de número de equipes e municípios, se mantém inalterada até 1998, o que vem a caracterizar a adesão tardia do RN ao PSF.

4.2.2. Gestão 1995/1996

4.2.2. a- Construção da viabilidade política do PSF

Quanto ao entendimento dos atores sobre o PSF nessa gestão, pode-se observar uma resistência à proposta pelo fato do RN ter vivenciado a experiência do Médico na Família, nos anos 80, sem muito êxito. É o que se depreende da opinião, expressa por um dos atores institucionais:

“...o [programa Médico da Família] terminou servindo muito mais (...) como orientação político-partidária...envolvimento com manipulação da população atendida por esse sistema. E isso foi muito prejudicial à imagem [que o] programa (...) passou a ter aqui no RN” (Ator Institucional interno 1)²⁴.

Um outro aspecto levantado, é a incerteza do seu impacto e do preconceito quanto ao seu direcionamento político, relatando a sua natureza focalizadora, vinculada às propostas do Banco Mundial.

“... Sob alguns aspectos o programa realmente é muito melhor, porém eu sei que ele faz parte das estratégias do Banco Mundial de diminuir o aporte de recursos alocados na área de saúde(...). Então, são modelos de tentar diminuir tensão social. Não são modelos de fazer uma leitura do conceito ampliado de saúde(...). Mas, ainda assim, tem um impacto melhor do que o modelo anterior” (ator institucional interno 1).

“... é proposta de governo porque economiza os gastos com saúde (ator institucional externo 3).

“... é uma forma que o governo tem de reduzir os custos com hospital (ator institucional externo 5).

Quanto à prioridade na gestão, os atores identificam que tanto o governo estadual, quanto o gestor da saúde, não viam o programa como prioritário, conforme falas em destaque.

²⁴ A ordem de numeração dos atores se deu de acordo com a seqüência das entrevistas.

“...A gestão nossa na Secretaria Estadual de Saúde, muito pouco teve a ver com o PSF (ator institucional interno 9).

“... A nossa prioridade era o processo de municipalização. Era um momento de promover a descentralização e consolidar as instâncias de deliberação do SUS. (ator institucional interno 4).

“...As atividades finalistas, num momento de crise sob a égide de uma proposta neoliberal, estão sob profunda vigilância do órgão central. Conseqüentemente, recursos, possibilidades de expansão de práticas estão eliminadas.” (Ator Institucional interno 1).

“...Nós não tínhamos uma aproximação com o programa. Nós tínhamos esse tabu contra o programa; e nós estávamos envolvidos em questões de natureza institucional, de medidas de mudanças que estavam cristalizadas dentro da Secretaria e que precisava mudar rapidamente.” (Ator Institucional interno 1).

Quanto ao discurso oficial são definidas como missões institucionais: I - coordenação do SUS; e II - Promoção à saúde, apresentando-se para cumprimento das missões à ampliação do PACS, não existindo referência ao PSF. O mesmo ocorre no relatório de gestão, onde não se apresenta o desempenho da estratégia de saúde da família, o que demonstra que o PSF nesse momento, não é tomado como projeto prioritário.

A estratégia governamental estava voltada à racionalização de recursos e ao enxugamento da máquina administrativa, de modo que qualquer ação que significasse um maior esforço financeiro por parte do governo do Estado estava descartada. Enquanto que nas prioridades da gestão da saúde, o “norte” é o processo de municipalização.

Soma-se a isso, a ausência de um ator externo importante que estivesse representando o município, no caso o COSEMS, cuja existência formal é de 1989. Dois problemas se registram nesse momento dificultando sua atuação. A incipiente organicidade institucional, decorrente da quase inexistência de secretarias municipais de saúde, e o fato da sua atenção está voltada para a consolidação do processo de municipalização no estado. Isso faz com que a conformação de um projeto técnico-operacional não se situasse dentre as suas preocupações mais imediatas.

No que diz respeito ao envolvimento das instâncias de deliberação (CES e CIB) do SUS observa-se ausência de discussões nesse período. O tempo institucional de ambas as instâncias (menos de um ano de existência) é também um e-

lemento fragilizador na consecução do papel de acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde no Estado. Conforme pode ser percebido nas atas consultadas das instâncias citadas.

4.2.2. b- Construção da direcionalidade normativa

Quanto ao instrumental normativo instituído pelo PSF na SESAP/RN, nenhum material foi identificado na pesquisa documental.

4.2.2. c- Construção da viabilidade organizativa do PSF

Acompanhando o movimento reformador do Estado, a gestão que se inicia na saúde em 1995, promove uma ampla reestruturação organizacional da SESAP/ RN. As linhas do movimento reorganizador do Estado são claras quanto aos seus objetivos, não estando relacionado com a estruturação do PSF no RN. Apesar disso, o setor saúde enquanto campo de ação promove particularidades, como fica claro na fala do ator.

“... Então, a finalidade era essa: primeiro, diminuir e enxugar a estrutura central, porque grande parte das ações passou a ser delegada aos municípios; e enxugar a estruturas regionais, transformando em órgãos de apoio técnico e não de gestão administrativa. Foi dentro da reforma que o Estado fez, independente dessa reforma toda da administração, já era idéia nossa, porque primeiro ela tinha que atualizar a estrutura atual que temos e segundo para se adaptar ao novo momento de municipalização da saúde. Praticamente foi essa a finalidade” (ator institucional interno 4).

Conforme o entendimento dos atores sobre a reforma administrativa da SESAP/RN, o movimento serviu para provocar mudanças substanciais no desenho organizacional, mudanças estas, concatenadas com objetivos traçados pela equipe. No entanto, é percebido também, que a independência do campo saúde é limitada, uma vez que, se as condições específicas do setor não se adequassem à lógica do ambiente administrativo estadual, a sua viabilidade estaria minada. Conforme revela o ator a seguir.

“...Essa era a motivação mais forte, tinha que ao final do movimento reorganizador do governo estadual ter um saldo de cargos comissionados (...). Essa tradução é importante porque quando propunham o redese-

nho, que ao final ampliasse as caixinhas ou os cargos, isso significava dizer estar em desacordo com a reforma” (ator institucional interno 7).

De acordo com as entrevistas percebe-se que os elementos norteadores das mudanças podem ser assim destacados:

1. Incremento do processo de municipalização, com vistas a se adequar às novas funções administrativas do Estado editado na NOB/93;
2. Descentralização administrativa, visando otimizar os recursos, estruturar o sistema estadual de saúde, reduzir fraudes e corrupção nos órgãos centrais e gerar autonomia dos órgãos executores, no caso hospitais e unidades de referência;
3. Enxugamento da máquina administrativa, no sentido de se adequar ao processo de reforma que se operava em todos os órgãos estaduais;
4. Desenvolvimento de mudanças tecno-operacionais nas práticas sanitárias.

Conforme se observa nas falas dos atores e nos documentos oficiais da SESAP/RN, os itens 1, 2 e 3 são viabilizados no decorrer dessa breve gestão, ao passo que o item 4 não se concretiza. O pouco tempo institucional é colocado pelos atores como elemento justificativo para tal fato.

Na gestão Ives Bezerra, o processo de reforma da estrutura administrativa, foi assessorada por um grupo de técnicos da Organização Pan-Americana de Saúde, que tinha como representante o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes. Naquele momento, foram dadas orientações à equipe da Secretaria Estadual de Saúde acerca da necessidade de se incluir na proposta reorganizativa um projeto estruturante, com base no PSF, que pudesse dar conta da construção de um novo modelo assistencial para o estado.

Para os atores dessa gestão, as mudanças deveriam ser processadas em etapas. Em primeiro lugar, criava-se os Sistemas Municipais de Saúde. Em segundo lugar, reorganizava-se internamente a SESAP, através da fusão institucional na saúde, visando a criação de um sistema único estadual. Em terceiro lugar, construía-se estratégias técnico-operacionais que pudessem viabilizar uma rede assistencial, através dos consórcios intermunicipais e da reestruturação adminis-

trativa dos hospitais e unidades de referência para atenção secundária e terciária. Com e o PACS/PSF, na atenção básica.

“Desde a oitava conferência que se colocava a necessidade de construção de um SUS em nível estadual, pois não tinha. Eram duas organizações administrativas, a Secretaria Estadual e a Fundação Walfredo Gurgel (FWG), competindo com problemas de disputa de cargo, de espaço e de poder entre os dois gestores da instituição.” (Ator Institucional interno 1).

De acordo com a pesquisa documental e as entrevistas dos atores, a primeira e a segunda foram concluídas, ao passo que a terceira não se completou. As principais mudanças ocorridas na gestão foram:

- Fusão administrativa da Fundação Walfredo Gurgel e a SESAP/RN;
- Criação das instâncias de co-gestão regionais: Comissões Intergestoras de Saúde (CIS) subordinadas administrativamente à CIB;
- Transformação das DIRES em Escritórios Técnicos de apoio aos Municípios (ETAMs), mudando as suas funções administrativas de execução para coordenação das ações nos municípios ;
- Criação de três coordenadorias operacionais: Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS), unificando as ações de saúde (CODESA) com a vigilância sanitária (COVISA), Coordenadoria de Controle e Avaliação do Sistema Estadual de Saúde (COPAC), Coordenadoria de Hospitais e Unidades de Referência (COHUR) e Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), além da Coordenadoria de Administração e Finanças (COFI);
- Criação das centrais de marcação de exames e consultas na SESAP/RN.

Ao final de 1995, aproximadamente 80,0% dos municípios do estado se encontram habilitados na NOB/93. O exitoso processo de municipalização dessa gestão, propicia no ano de 1996, um movimento de reestruturação técnico-operacional da Secretaria, com ênfase na CPS, já que é esse o ambiente responsável pelo suporte técnico-assistencial na organização da atenção básica. No entanto, o tempo restante de gestão é muito curto e não propicia mudanças efetivas nas práticas organizacionais dessa esfera de poder.

A dependência do nível federal no desenvolvimento da gestão estadual se apresenta no discurso dos atores de forma contraditória. Ora, os atores apontam

a necessidade de romper com as práticas verticais do MS e se voltarem para as demandas municipais, repassando o conhecimento e acompanhando as ações lá desenvolvidas. Noutra momento, reportam à necessidade de intervenção desse ente institucional, no sentido de alavancar ações inovadoras nas esferas estaduais e municipais do SUS.

“...a gente precisa se voltar para o município e dar as costas ao MS porque o que está acontecendo aqui é que a gente serve apenas de alimentador de informações do MS e esquece que a gente tem que ter uma prática em nível do município” (ator institucional interno 1).

“...então, na minha gestão não avançou nada, porque ainda não estava bem implantado pelo Ministério de Saúde” (ator institucional interno 9).

O que se observa é que, segundo os atores, precisa-se rechaçar as práticas antigas do MS e investir nas práticas inovadoras que possibilitem a assunção das novas funções administrativas instituídas pelo SUS. Dessa forma é importante a adesão às novas práticas e o virar as costas aos antigos procedimentos institucionais firmados na centralização e na verticalização das atividades.

O não rompimento com as velhas práticas ministeriais firmadas no centralismo é um elemento obstaculizador nas mudanças organizacionais. Uma vez que essa cultura organizacional já instituída, propicia laços de cooperação tanto do nível federal com o estadual, como também com os políticos locais que são responsáveis pela indicação de cargos. A quebra dessa lógica atingiria, portanto, de uma única vez, a burocracia tradicional da saúde e a classe política beneficiada pela inserção da burocracia.

“...[A reforma administrativa na Secretaria] não conseguiu avançar muito, no sentido de quebrar aquele modelo que as secretarias reproduzem do Ministério da Saúde. (...) Então a gente não conseguiu quebrar isso, até porque existe uma aliança muito forte entre a burocracia do MS e a burocracia das secretarias de saúde.” (Ator institucional interno 4)

“...Esses técnicos da secretaria que até hoje estão lá, são ligados a políticos. Evidente que no momento que a gente afastou esses técnicos de funções estratégicas lá dentro, eles passaram a trabalhar contra a gente e isso foi outro fator que contribuiu para o abortamento [da gestão]” (Ator institucional interno 7).

Na burocracia estadual, são visíveis vinculações às práticas centralizadas objeto de trabalho, do processo anterior ao SUS. Essa cultura é fortalecida tam-

bém dentro do Ministério da Saúde, onde persiste a orientação por programas de saúde extremamente centralizados e fragmentados. A aliança estabelecida entre a burocracia estadual e federal permite a manutenção das estruturas e consequentemente do seu poder institucional.

Essa aliança implica na resistência às mudanças e a não adesão às reformas de todas as formas: técnica, operacional e política.

As formas técnico-operacionais vão da omissão das informações à não participação nos processos de trabalho. A política, através de movimentos internos de fomentação de dissidências entre atores, até a recorrência clientelista a apadrinhados políticos que fazem suas, a estrutura de poder. Qualquer movimento que signifique a quebra dessa lógica, é visto como mecanismo de perda de poder. Além disso, parte dessa burocracia estava para ser cedida ao município. As mudanças implicavam num processo de morte institucional. O temor e a resistência por parte da burocracia são um movimento inerente a esse processo. (Enriquez, 1995).

Em ata da 15ª reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde (fevereiro de 1995), os conselheiros apontam a falta de discussão sobre a reforma administrativa da SESAP/RN, que chega ao Conselho como pacote pronto, não possibilitando a intervenção do plenário. E acrescentam que a reforma não deveria significar apenas redução de cargos, mas que devia apontar para redefinição do modelo assistencial da rede do SUS no Estado, e ainda democratizar o processo de municipalização.

A brevidade da gestão ocorre pela não construção da governabilidade institucional. A confiança na proximidade entre o Governador e o Secretário de Saúde, pareceu suficiente para se garantir a estabilidade da gestão. Com isso, o esforço em busca de parceria com outros atores institucionais não ocorre e a gestão se torna minada tanto internamente como externamente ao campo da saúde, provocando a sua derrocada. Como diz o relato a seguir.

“...No cenário externo é que não teve capacidade política de construir as alianças que dessem sustentação. A gente confiou muito no esforço de Ives pela relação dele com o governador. Então pra gente se recolheu muito a amplitude interna e deixou o cenário externo para o secretário”
(ator institucional interno 4).

Segundo os elementos apresentados pelos atores sobre as práticas políticas dentro da instituição SESAP/RN, percebe-se ainda a existência de práticas cartoriais e clientelistas, correspondendo as afirmações de Fiori (1995a), sobre as características do Estado brasileiro, cujas estruturas administrativas geram serviços ineficientes e distante dos interesses dos cidadãos a quem o serviço deve ser prestado.

A ausência de discussões com os atores internos e externos ao corpo técnico da SESAP, num sentido de melhor aceitabilidade e a conseqüente pactuação dos propósitos reformistas, são também elementos destacados como motivo do insucesso dos processos reformistas.

Quanto ao entendimento dos atores envolvidos no processo de implantação do PSF é que o programa não foi assumido como projeto estruturante, apesar do reconhecimento da necessidade de se adotar uma estratégia na reversão do modelo de atenção no RN.

“.. A gestão foi abortada com um ano e quatro meses de vida, ela foi abortada. E aí a gente não teve tempo necessário de avançar, porque depois dessa consultoria de Eugênio Vilaça, a gente se deu conta que precisava transformar [o PSF] realmente num projeto estruturante da Secretaria de Saúde” (Ator institucional interno 4).

“...E naquela época que Dr. Ives era secretário (...). A gente esperava que avançasse naquela época [o PSF], e não avançou muito porque ele demorou muito pouco tempo” (Ator institucional interno 6).

O apelo técnico da consultoria da OPAS, apesar de trazer a discussão do PSF para as instâncias da SESAP, não é assumido como proposta operacional a ser encampada pelos processos de reformas organizacionais.

O tempo institucional aparece como um outro fator responsável pela não constituição das mudanças instituídas pelo PSF na secretaria; pois é com o tempo que se promovem as permanências institucionais.

Quanto ao desempenho do processo de implantação do PSF, o seu baixo incremento é apontado pelo atores, como de responsabilidade também, da esfera federal, que não estimulava de forma efetiva o programa.

No que diz respeito aos recursos humanos destinados ao programa, se resume a um técnico dificultando assim, avanços da estratégia no estado.

Quanto aos recursos financeiros não há destinação de verbas estaduais para estimular a implantação do PSF no estado. Os recursos federais do convênio são repassados de forma direta aos municípios, de forma que a SESAP/RN não se envolve operacionalmente com a proposta nessa gestão.

Quanto à situação organizacional do PSF nesse período não se altera, e os mecanismos de gestão potencializadores de novas mudanças nas práticas organizacionais não acontecem, devido também a resistência da burocracia institucional. Conforme nos fala o ator em questão.

“...Nós não fomos também exitosos na Coordenadoria de Promoção da Saúde por conta desse conflito cultural, que é um conflito próprio que ainda existe na organização sanitária brasileira (...). E haveremos de dar conta disso quando avançarmos dois programas de estruturação de base ambulatorial. Se a base ambulatorial (...) tiver organizado no formato que está em curso, o formato de saúde da família, a gente vai poder colocar essas concepções culturais dos programas verticais sob a mesma base operacional...” (ator institucional interno 7)

As resistências dos atores quanto à natureza do programa (focalizadora e vinculada à proposta do Banco Mundial), a resistência da burocracia a práticas inovadoras, o tempo curto de gestão e o não envolvimento de outros atores institucionais locais, como o COSEMS e a universidade, resultam no não desenvolvimento institucional da proposta e o seu limitado poder instituinte nas mudanças da estrutura organizacional ocorridas nessa gestão. A adesão por parte dos municípios é fraca e o programa não avança no Estado.

4.2.3. Gestão 1996/1997

4.2.3. a- Construção da Viabilidade Política do PSF

Os atores entendem que não existe clima favorável à implantação do programa, apesar de entendê-lo como importante para a reorganização da atenção básica. Conforme descreve um dos entrevistados: “... Não deslanchou muito. Com doutor Zeca [Secretário Estadual de Saúde, José Carlos Passos] também não (ator institucional interno 6).

O PSF não é prioridade dessa gestão, o seu olhar direcionado para o processo de municipalização e a construção dos consórcios intermunicipais de saúde não favorece o investimento no PSF.

Nos documentos oficiais apreciados, não se destacam referências à discussão ou encaminhamento de propostas operacionais sobre o PSF no estado. O que se identifica pelos documentos é a prioridade da gestão para organização do sistema via consórcios intermunicipais de saúde.

Isso demonstra que a lógica da gestão está voltada para atividades assistenciais, de nível mais complexo e hospitalar, se desvincilhando das responsabilidades de construção de políticas para atenção básica. O tempo curto de gestão, em torno de um ano, não possibilitou nem mesmo a construção dos consórcios intermunicipais no estado.

4.2.3. b- Construção da direcionalidade normativa do PSF

Não existe instrumental normativo instituído pelo PSF durante essa gestão, acompanhando o não desenvolvimento da proposta nesse período.

4.2.3. c- Construção da viabilidade organizativa do PSF

No que se refere ao desempenho de implantação do programa não existe avanço em relação ao número de equipes e municípios implantados.

Quanto ao formato do PSF no desenho organizacional da SESAP/RN existe um movimento de aproximação entre as gerências: do PACS e do PSF, sem obter grande sucesso e seu *status* organizacional permanece inalterado.

Quanto aos recursos humanos o que se destaca é a não é viabilização da equipe para o programa, além do que as estratégias de capacitação e treinamento, também, não são operacionalizadas pela SESAP/RN.

No que diz respeito à alocação de recursos, não foi definido nenhum tipo de incentivo financeiro para o programa. “... Foi pedido incentivo [para o PSF] em diversas ocasiões, pelo menos na minha pessoa, no tempo do secretário antigo [José Carlos Passos] sem resultados” (ator institucional externo 5).

Pode-se observar a pouca disponibilização de recursos estaduais, já que a ordem é o racionamento dos gastos públicos e o baixo incentivo do governo federal à proposta, pelo seu formato convenial, o que dificultava a adesão dos municípios. “...O estado do Rio Grande do Norte não andou muito rápido com a estratégia, não sei se pelos recursos financeiros que tinha, por que naquela época o PSF era bancado através de convênios” (Ator institucional interno 6).

Não existe novidade no período. A estratégia não ganha visibilidade nem viabilidade operacional permanecendo a situação do processo anterior. Elementos estes, que demonstram a fragilidade do projeto edificar-se como eixo estruturante para reorganização das práticas sanitárias, o que reforça a denominação dessa fase, caracterizando a adesão tardia da proposta no estado.

4.3. FASE II (1998-2000): alto incremento

Esta fase é marcada pelo acelerado processo de implantação do PSF em todo o Brasil e também no RN. A implantação da NOB/96 com um novo formato de financiamento para a estratégia viabiliza o seu crescimento e a sua visibilidade nacional. Novos parceiros se lançam no cenário com destaque para as Instituições de Ensino Superior (IES) e o CONASS.

No plano federal, em 1998 há uma redefinição na forma de financiamento do PSF, com o aumento do percentual de repasses direto para os municípios, de forma proporcional ao número de equipes implantadas, através do PAB variável, mecanismo este que atua estimulando a adesão dos municípios à proposta.

No plano estadual, tem-se um grande avanço em relação às equipes implantadas e também na incorporação de novos atores, via constituição do Pólo de Capacitação em Saúde da Família, possibilitando processos de mudanças na gestão estadual do SUS.

Nesse período passam pela pasta de saúde dois secretários: o médico Pedro Cavalcanti, que conclui a primeira gestão do governo e o economista Gilson Marcelino, fazendo parte do segundo mandato do governo Garibaldi Alves Filho, em 1999.

O forte incremento da proposta no estado aponta a necessidade de uma maior discussão sobre as causas que determinam esse evento e como os atores institucionais constroem a viabilidade política para o desenvolvimento da estratégia.

4.3.1. Gestão 1997-1998 (Gestão Transicional)

4.3.1. a- Construção da viabilidade política do PSF

Nessa gestão, com o incremento de recursos do nível federal para implantação do programa no país, o PSF ganha um novo impulso. Esse fato é também reconhecido pelos atores. *“...Depois de 1998 o Ministério da Saúde aumentou os recursos e aí os municípios começaram a querer o programa”* (ator institucional externo 7). *“... a partir da NOB/96, que começou a funcionar pra valer em 98, foi uma coisa muito importante para o programa, porque aumentou os recursos”* (ator institucional interno 6)

O incentivo financeiro externo aciona a tomada de posição por parte dos atores internos no sentido de agilizar a implantação da proposta no RN. O novo *status* organizacional do programa no MS faz com que os atores institucionais da SESAP/RN, percebam de forma mais clara a importância e a solidificação da estratégia dentro do SUS.

“... e aí nós começamos a entender que a estratégia veio para ficar, não era mais um programinha do MS, era realmente uma proposta estruturante” (ator institucional externo 5).

“... a solidificação da proposta política do PSF faz com que a proposta deixe de ser vista como um programa, e passe a ser visto, como uma estratégia de estruturação do modelo assistencial do SUS” (ator institucional interno 2).

Novos atores se lançam, provocando maior visibilidade do programa no cenário estadual. Destaca-se nesse momento, a articulação dos secretários municipais de saúde, através do COSEMS. O papel do COSEMS na reversão do imobilismo institucional do PSF no Estado é fundamental. Esse ator se lança como instituidor e articulador de mudanças a partir da promoção de visibilidade à proposta, através da realização de encontros estaduais, culminando com a cessão de seus técnicos.

“...Em 97, começou (sic) a levantar essa questão porque apareceram (sic) algumas pessoas do PSF, do Ministério da Saúde, dizendo que tinham (sic) quarenta vagas para o Estado e não tinham sido implantadas. Em 97 estava do mesmo jeito. Então foi quando nós resolvemos

entrar em contato com o pessoal de Brasília e fizemos o primeiro seminário sobre o PSF no Estado, participando a Secretaria Estadual, as municipais e a UFRN, através do NESF (...)" (ator institucional externo 5).

Isso se reflete nas instâncias de gestão, que começam a discutir de forma significativa a proposta. Das vinte e cinco reuniões realizadas durante essa gestão, em treze discutiram sobre o PSF. Grande parte dessas discussões são aprovações de pleitos de habilitação municipal ao PSF, sendo destacados:

- Palestra sobre os incentivos do PSF com a gerente estadual do programa (julho de 1998) para instrutor e supervisor do PACS/PSF;
- Apreciação e aprovação do projeto do pólo de capacitação em saúde da família (agosto de 1998);
- Palestra sobre estratégias inovadoras adotadas pelos estados e municípios para a operacionalização do PSF (junho de 1998). Expositor: José Fernandes, vice-presidente do COSEMS;
- O COSEMS solicita contrapartida estadual para implantação do PACS/PSF no RN (fevereiro de 1998);

No que diz respeito ao discurso institucional observar-se alguns movimentos, o qual o PSF induz a definição das políticas e a reorganização das estratégias operacionais da SESAP/RN.

Em um dos documentos oficiais da SESAP/RN é colocado como imperativo a necessidade de mudança do modelo assistencial para consolidação do SUS no RN. A diretriz apontada é priorização das ações de promoção à saúde de competência estadual. Ressaltando que o modelo a ser adotado pelo estado deve ser resolutivo, com ênfase nas ações de prevenção, associando ações simplificadas e tecnologias diversas de acordo com o perfil epidemiológico da população (RN/SESAP/Proposta de Governo para o Setor Saúde, 1998).

No detalhamento sobre as estratégias operacionais de promoção à saúde são enfatizadas as ações programáticas em cada área específica: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde da criança, controle de doenças crônico-degenerativas, saúde do idoso, saúde do trabalhador e atividades do Instituto de educação e comunicação em saúde (IEC). Não é apresentada uma estratégia operacional que possa unificar as atividades

O PSF aparece no documento fazendo parte das estratégias de reestruturação do sistema estadual definido como porta de entrada do sistema municipal de saúde, cabendo à secretaria, a coordenação e o incentivo para sua implantação. No entanto, as estratégias operacionais dentro do sistema, que signifiquem um movimento de articulação entre os diversos setores e áreas programáticas não são explícitas.

No discurso oficial da SESAP/RN o Pólo de Capacitação é identificado como um instrumento de mudança do modelo assistencial no estado. Contribuindo para a construção da integralidade e universalidade da atenção (RN/SESAP/Relatório de Gestão/1998).

A aprovação e a organização do pólo são definidas pelos atores institucionais, como um processo instituidor de mudanças no processo de implantação do PSF no estado. Uma vez que possibilita a articulação interinstitucional, a qualificação dos processos de capacitação e a divisão de responsabilidades com outros setores da saúde. A ponto de ser percebido como uma alavanca de estruturação do PSF no RN, segundo os depoimentos abaixo.

“... Eu acho que o pólo vai dar essa possibilidade por que vai tirar essa questão do treinamento do nível central e agora dá para dar uma respirada, fazer supervisão e avaliação” (Ator Institucional Interno 8).

“... Eu imagino que hoje nós tenhamos uma facilidade de trabalhar isso aí [implantação do PSF] em função das pessoas que estão no pólo, em função do momento. Eu acho que esse é o momento do pólo de capacitação do PSF. Talvez a lógica fosse outra, do PSF puxar o pólo, mas eu acho que é o pólo que está puxando a coordenadoria do PSF para cima, inclusive toda Secretaria” (ator institucional interno 2).

Quanto ao discurso oficial da SESAP, presente no relatório de gestão de 1998, diferente dos anos anteriores, há um destaque maior para o programa, referindo-o como um complemento do PACS, que tem como objetivo o aumento da resolutividade das ações de saúde no SUS, como estratégia de reversão para um novo modelo que prioriza a prevenção (RN/SESAP/Relatório de Gestão/1998).

O desempenho de implantação do PSF em 1998, não atinge a meta estabelecida pelo MS, para aquele ano. No entanto, nenhum documento oficial Da SESAP/RN, aborda as causas do não cumprimento da meta. Como também, não há registro sobre as mudanças ocorridas no processo de implantação do PSF,

mostrando ainda certo desconhecimento ou desprezo sobre a importância dessa ação no estado.

4.3.1. b- construção da direcionalidade normativa do PSF

A análise documental do instrumental jurídico do PSF mostra alguns passos que foram realizados para regulamentação da proposta no estado. Observar-se à estruturação de documento informativo para o pleito de habilitação dos municípios ao PSF e a discussão e aprovação deste documento na Comissão Bipartite.

O fluxo de tramitação para adesão dos municípios à estratégia de saúde da família no RN, segundo a deliberação da CIB/RN n.º 027/97 exige do município as seguintes prerrogativas: o município estar habilitado pela NOB/96; ofício do gestor manifestando interesse pelo programa; síntese do plano de saúde do município e do plano operacional para o PSF; ata do conselho de saúde aprovando o pleito; inserção do PSF no plano municipal e parecer técnico da gestão estadual.

4.3.1. c- construção da viabilidade organizativa do PSF

Essa gestão é um divisor de águas entre a fase de baixo incremento e a de alto incremento. De forma que o ano de 97 se finaliza com o mesmo desempenho de implantação dos anos anteriores, ao passo que no ano seguinte, o número de equipes implantadas no estado é quase o dobro como pode ser visualizado nos quadros 3 e 4. Na fala a seguir o ator situa essa mudança. “...*Com doutor Pedro houve um certo impulso, mas nem tanto*” (ator institucional 6).

Apesar do reconhecido impulso de implantação de um ano para o outro a cobertura populacional para o estado é ainda muito baixa, não se conseguindo atingir as metas colocadas pelo MS. Dessa forma o desempenho de implantação do programa, para os atores é ainda insuficiente.

Quanto ao formato organizacional, também se comporta de maneira transicional. No ano de 1997 é chamado para assumir a gerência do programa, o médico Levi Jales, viabilizando-se uma equipe mínima para o programa, composta de três técnicos de nível superior.

A integração entre as duas estratégias (PACS/PSF) na SESAP/RN, mais uma vez, não ocorre. Até mesmo a disposição dos espaços físicos dos programas no interior da secretaria, é segmentada, como podemos depreender do depoimento a seguir: “...*Ele [o gerente do PSF] ficava na coordenação e nós [equipe do PACS] ficávamos trabalhando de uma forma não muito integrada, até as salas eram separadas*” (Ator institucional interno 6).

No ano seguinte ocorre a fusão organizacional das estratégias do PACS com o PSF. A sanitarista Aguinelda Maria de Souza, gerente do PACS, desde a sua fundação é chamada para assumir a nova gerência agora do PACS/PSF. Inicialmente a gerência fica subordinada a Subcordenadoria de Ações básicas (SUAS), desentendimentos internos no setor, deslocam o programa para a Subcordenadoria de Educação Informação e Comunicação (SIEC). O que provoca uma mudança fora da lógica administrativa, uma vez que a estratégia está muito mais relacionada com a atenção básica do que com educação e saúde.

Quanto ao desenho organizacional, o fato da estratégia permanecer como uma atividade dentro de uma subcordenadoria dificulta a sua ação na promoção da articulação intrainstitucional da proposta, como relata as entrevistas a seguir.

“...por que é uma estratégia de reorganização do modelo que deve ser politicamente forte e que por isso precisa ser revisto o seu lugar dentro da organização” (ator institucional interno 6).

“... Era para ser uma coordenação onde ela [a estratégia de saúde da família] fosse o carro chefe, por que as ações de saúde são programas básicos que só vão ser estruturados a partir de uma organização tipo o saúde da família” (ator institucional interno 10)

Quanto aos recursos humanos é percebido uma maior disponibilização de pessoal, por pressão do COSEMS.

“...aí começou devagarzinho a idéia de trazer o PSF para o RN. Depois que o COSEMS entrou é que vimos que não havia dificuldade de se credenciar e alguns municípios começaram a pleitear.(...) Então a gente viu que o único jeito era colocar nossa secretária dentro da Coordenação Estadual do PSF pra ver se empurrava o negócio e começava a andar.” (ator institucional externo 5).

De acordo com o representante do COSEMS é identificando uma certa imobilidade da SESAP/RN, quanto a sua participação na construção da proposta no estado que dispunha de pessoal insuficiente para operacionalizar a proposta, a

ponto de necessitar do pessoal dessa instituição para alavancar a proposta. A falta de incentivo financeiro para equipe é outro dado que impossibilita uma melhor estruturação da equipe.

“... disse para Pedro, que o programa (PSF) era uma maneira de melhorar a saúde do nosso estado e que ele desse condições, aumentasse a equipe e botasse para funcionar. Por que se o estado tivesse para orientar para fiscalizar para mudar o esquema, talvez melhorasse tudo”(ator institucional externo 5).

Os atores percebem a importância do papel do Estado no processo de implantação do PSF como um ente capaz de qualificar esse processo no RN, indicando a necessidade dessa esfera assumir suas funções administrativas dentro do SUS e dessa forma potencializar mudanças do sistema de saúde estadual.

No que diz respeito à capacitação do PSF é formulado o projeto de implantação do Pólo de Capacitação do PSF para o RN, no entanto o mesmo, é aprovado, mas não recebe classificação do MS para ser operacionalizado.

A disponibilização de recursos próprios do estado para implantação do programa se resume ao pagamento das diárias dos técnicos para implantação do programa nos municípios. Esse baixo incentivo financeiro dado ao PSF, segundo os atores parte do entendimento de que a estratégia não recebe incentivos financeiros do nível federal, e dessa forma a SESAP/RN, se torna alheia ao processo. *“...talvez por que o estado não recebe incentivo federal e não que participar disso aí [implantação do PSF]”* (ator institucional externo 5)

Segundo a fala dos atores, as dificuldades operacionais se apresentam de diversas formas: pela baixa disponibilidade de recursos humanos para o programa; a falta de estímulo financeiro à equipe, pela ausência de integração com os demais programas da secretaria e de outras instituições de saúde, pela pouca relevância do programa dentro da estrutura organizacional da SESAP e pela baixa visibilidade do programa no estado.

O resultado desse momento é de uma ampliação significativa da estratégia, sem, no entanto, atingir as metas ministeriais, dadas as dificuldades técnico-operacionais registradas acima. Com a pressão de movimentos externos, como a forte presença do COSEMS e o fortalecimento da proposta em nível nacional, o PSF inicia um processo de incremento operacional no estado.

4.3.2. Gestão 1999-2000

4.3.2a- Viabilidade política do PSF

Os atores pertencentes a essa gestão possuem uma posição mais solidificada e favorável ao PSF. Identificando-o como um dispositivo reorganizador que necessita de um maior apoio institucional no sentido de seu aprimoramento, conforme podemos depreender dos relatos a seguir:

“...Eu entendo o PSF hoje como uma proposta de estruturação de um modelo assistencial. Não entendo o PSF como um programa. Eu acho que é realmente uma estratégia de reorganização da assistência”. (Ator Institucional interno 2)

“...Eu vejo o PSF como um programa estruturante na organização do sistema estadual de saúde como um todo (...). A gente não pode pensar hoje num município que esteja no nível de atenção básica sem passar pelo PSF.” (Ator Institucional interno 10).

No entanto, a estratégia é ainda percebida como uma atividade residual dentro da instituição, dificultando o seu maior impacto, conforme podemos perceber no discurso a seguir. Alguns atores identificam que essa ação não é apenas intrainstitucional, mas um posicionamento de governo e por isso, se manterá como uma ação residual dentro da SESAP/RN.

“... Eu não vejo a secretaria ainda assumindo o Saúde da Família como uma proposta de reorganização, uma proposta de estruturação mesmo, de reestruturação do modelo assistencial. Eu não vejo a secretaria como um todo. Então eu identifico atores, como é o caso da gerência do PACS/PSF, a coordenação da promoção à saúde, mas assim não percebo o PSF como um projeto estruturante de toda Secretaria” (ator institucional interno 2).

“...vai ser sempre residual, até o final da gestão de Garibaldi, sempre residual, secundário e contra-hegemônico. E pode até em alguns momentos ter espaço mas muito mais por pressão do Ministério da Saúde” (ator institucional interno 4).

Identifica-se na fala do ator a força dos atores externos na construção da viabilidade da proposta no estado, como uma força superior a ação institucional que possam ser deflagradas pelos atores internos da SESAP/RN.

Remetendo-se à discussão sobre as prioridades de governo, pode-se identificar três opiniões. Para alguns, a proposta certamente não é prioridade, já que

não se dispõe de recursos suficientes para sua constituição. Para outros, a prioridade é apenas formal, não saindo do papel. E ainda para alguns é uma prioridade clara que pode ser observada pelo acelerado processo de implantação da estratégia nessa gestão.

“...eu não vejo a Secretaria trabalhando o PSF como uma prioridade, o PSF está dentro das prioridades. Ele está no plano plurianual, ele é transversal, quer dizer ele perpassa todo o plano plurianual, mas na minha concepção ele não é para Secretaria de Saúde uma prioridade. Nós não temos um planejamento que ele esteja montado sobre a estratégia de saúde da família” (ator institucional interno 2).

“... eu confesso que não sei, até onde existe a participação política ou financeira do governo estadual na implantação do PSF nos diversos municípios. A impressão que eu tenho é que o PSF é incrementado nos diversos municípios a partir da vontade política do seu gestor” (ator institucional externo 3).

“...é uma prioridade. É tanto que você vê pelo número que cresceu o PSF. O que a gente tinha em termos de equipe em 97, e a nossa meta é de chegar em 2001, com um número bem maior, a demanda dos municípios está sendo muito grande e eu acho que é uma prioridade sim” (ator institucional interno 10).

A posição hierárquica do ator nessa discussão tem uma relação direta em sua opinião. Quanto mais comprometido com a gestão, mais inclinado ele fica a uma opinião mais favorável em relação ao governo.

Quanto à articulação da proposta nos fóruns de gestão, as falas dos atores revelam a fragilidade da secretaria na construção da viabilidade da estratégia no RN, principalmente no que se refere ao CES.

“...A discussão de um programa com a responsabilidade e a importância do PSF, não pode ser simplesmente informado ao conselho. Tem que ter toda uma discussão. Tem que chamar todos os atores diretamente envolvidos.” (...) O Conselho Estadual de Saúde ficou totalmente à margem do processo de implantação do PSF...” (ator institucional externo 3).

De acordo com as discussões presentes nas atas da CIB/RN, percebe-se que a sua realidade é diferenciada em relação ao CES. Sucedem-se as discussões sobre a estratégia no estado, através das aprovações dos pleitos de habilitação do PSF. São também criados mecanismos de regulamentação da proposta

naquela instância de gestão, que será mais bem destacado no instrumental normativo a seguir. Das discussões assinaladas pode-se destacar:

- Palestra sobre situação do PACS/PSF no RN (março de 1999), presença da gerente estadual do programa;
- Aprovação da descentralização do PACS/PSF, através da transferência das supervisões técnicas para os ETAMS (abril de 1999);
- Discussão iniciada pelo COSEMS sugerindo vinculação de distribuição de contraceptivos no estado para municípios com PSF implantados (não foi aprovado – outubro de 1999).
- Discussão e aprovação de indicativo de punição para os municípios que não estiverem cumprindo as determinações do programa. Incluindo a devolução de recursos e suspensão do programa no município. Com critérios a ser definido pela equipe estadual.

O Relatório de Gestão – 1999, até o final da pesquisa de campo, por não ter sido apresentado ao Conselho Estadual de Saúde, não se encontrava disponibilizado para o estudo.

Na IV Conferência Estadual de Saúde realizada em setembro de 2000, abre-se um espaço de discussão sobre a proposta. O PSF é apresentado pelos representantes da SESAP, como a porta de entrada do sistema estadual de saúde. No entanto, a estratégia não consta como proposta para reorganização dos serviços no estado, entre as deliberações finais da Conferência²⁵.

Embora o entendimento do conjunto dos atores na SESAP, seja que o PSF deva ser uma estratégia de reorganização do modelo, isso não resulta em operações concretas como aplicação de recursos para o avanço da proposta no estado. A viabilidade política da proposta passa pela pactuação externa e interna à organização, o que não vem se dando, como podemos averiguar nas sínteses dos atores abaixo.

“...eu acho que, realmente, deve ser uma estratégia. Deve carrear. Isto é, ser o carro chefe. As coisas que têm que ser viabilizadas no nível local que fossem viabilizadas no que hoje é o PSF. Agora da concepção à prática tem um longo período a ser percorrido” (Ator Institucional interno 08).

²⁵ O relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde, ainda não foi apresentado ao CES para sua aprovação. O trabalho está se baseando nas deliberações finais que constam nos termos de referência, apresentado na plenária final do evento.

“... eu acho que o ator que mais funcionou nisso aí [Implantação do PSF] fomos nós o COSEMS, estimulando, fazendo as coisas acontecerem e conscientizando os secretários para que o processo acontecesse. Nós não tivemos muito o alavancamento do estado nisso aí não” (ator institucional externo 5).

“...eu identifico como ator importante a gerência do PACS/PSF, eu identifico um ator importante. E assim, na verdade, a secretaria como um todo, talvez não tenha despertado para o significado de uma proposta, como é o saúde da família. Eu acho que ela está na cabeça de algumas pessoas, de alguns técnicos importantes que estão na Secretaria”(...)“ com a aprovação do Pólo eu acho que vai alavancar muito a estratégia no estado. Por que é uma ator de fora puxando o PSF para cima” (ator institucional interno 2).

Percebe-se que a velocidade de expansão do PSF no RN não vem acompanhada de uma maior adesão institucional conforme destacamos nos discursos dos atores. Dessa forma, podemos concluir que os elementos explicativos estão mais relacionados aos movimentos externos a SESAP, seja pela ação ministerial com o aumento de incentivos financeiros, seja pela movimentação de alguns atores, com destaque para o COSEMS, para Gerência estadual e mais recentemente pelo Pólo de Capacitação de Saúde da Família.

Tais evidências coincidem com os movimentos processados na gestão anterior e corroboram com a fala de um dos atores, no sentido de perceber que a omissão institucional, no sentido de construir a viabilidade política da proposta faz parte do propósito do governo atual, o que dificulta a ação dos atores internos, mesmo que estes se mostrem favoráveis à proposta.

4.3.22- Direcionalidade Normativa

As novidades do instrumental normativo instituído pelo programa nessa gestão são: orientação normativa, que pune os municípios que não estão cumprindo as determinações do programa; e a resolução da CIB/RN, de abril de 1999, sobre a descentralização das supervisões do PACS/PSF para os ETAMS, constituem o instrumental normativo existente nesse período.

Durante o mês de setembro de 2000, seguindo as recomendações da gerência estadual o MS desabilitou oito equipes em dois municípios do estado, que não vinham cumprindo as normas do PSF.

Segundo a equipe técnica do PSF no estado, a baixa regulamentação normativa instituída pelo PSF no RN, parte do entendimento de que o programa em nível nacional se encontra bem normatizado, dispensando essa ação, por parte da SESAP/RN.

4.3.2 c- Viabilidade organizativa do PSF

Nesse período, um novo movimento reformador é deflagrado, com o mesmo objetivo anterior, de enxugamento do ente estatal. Imbuído do espírito racionalizador, o atual secretário desenvolve, no início da gestão, uma nova reforma administrativa na SESAP/RN.

Diferente da tradição anterior, em que o objetivo das reformas retrata um impulso próprio dos gestores da saúde, as mudanças administrativas dessa gestão têm como orientação peremptória, a redução dos cargos comissionados. Não há um dimensionamento preciso sobre os rumos a serem alcançados ao final do movimento reorganizador, em relação às ações desenvolvidas na SESAP/RN, como comprova a fala a seguir:

“...Realmente foi uma encomenda e a gente trabalhou com questões já previamente estabelecidas. Porque quando a gente foi trabalhar a reestruturação da secretaria, a lei já tinha sido aprovada, reduzindo o número de cargos pra todas as secretarias. Então a secretaria de saúde tinha que se reestruturar com uma redução de 25,0% dos seus cargos. (...) A encomenda já veio direcionada, então não conseguimos avançar no que diz respeito aos nossos propósitos de sanitaristas. Se você já tem uma estrutura com três subcoordenadorias, que você já acha insuficiente, como é que você vai apontar para a criação de uma outra? Pra tirar de onde?” (Ator Institucional interno 2)

Além das demandas externas que orientam a reforma e impõe uma direção a SESAP não satisfazendo as necessidades administrativas da secretaria; soma-se a interferência política típica de um Estado patrimonialista que incorpora demandas particulares em detrimento das necessidades operacionais dos órgãos públicos.

Essa dinâmica está denunciada na fala de um dos atores entrevistados: “...mas não foi possível avançar por que essa Coordenadoria Hospitalar tem um viés muito forte político partidário, então você não consegue avançar” (ator institucional interno 2).

Anteriormente ao processo de reforma administrativa (fevereiro de 2000), na gestão de Pedro Cavalcanti, é gestado um diagnóstico da situação organizacional da secretaria envolvendo os diversos setores e organismos regionais. O resultado desse processo é um documento elaborado pela Assessoria de Planejamento, cujo objetivo é elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas de organização interna da SESAP/RN, a partir das novas atribuições regulamentadas pela NOB/96, com base no PES.²⁶

Os principais problemas apontados no documento em questão são: a falta de eixo condutor nos princípios e diretrizes do SUS; execução inadequada das políticas de saúde do SUS; política insatisfatória de recursos humanos; e modelo gerencial frágil, acarretando uma baixa resolutividade das ações de saúde do ente estadual. Essa rede explicativa de problemas pode ser mais bem visualizada no anexo 8.

Quanto às recomendações da SESAP/RN, assinaladas no documento, tem-se:

- Estabelecimento de mecanismos de articulação, através de normas ou outros instrumentos para definição de procedimentos administrativos e técnicos;
- Fortalecer os setores de assessoria da SESAP, com instrumentos de pactuação intersetorial, como forma de solucionar situações de fronteira entre os setores;
- Criar mecanismos de cooperação técnica aos ETAM's, no sentido de definir suas atribuições e instrumentalizá-los para atividades de apoio aos municípios;
- Recompôr as equipes dos vários níveis a partir da análise do perfil profissional necessário para cada setor;
- Elaborar um plano gerencial de capacitação para a equipe da SESAP, segundo as necessidades de cada setor;
- Definir formas de valorização profissional dos vários setores centrais e regionais, evitando a evasão dos mesmos;

²⁶ Para melhor detalhamento do tema, ver documento RN/SESAP/ASPLAN – contribuição para um plano de ação institucional, 1998.

- Garantir a preparação das equipes técnicas da SESAP/RN, para estruturação do planejamento de forma ascendente, participativa e integrada, a partir das prioridades definidas no plano estadual.

Pressionado pela exigüidade do tempo, o gestor estadual despreza a discussão que se processa na organização, que consta no Plano de Ação Institucional, conforme podemos verificar na fala em destaque.

“...Então a gente começou a tentar trabalhar um novo organograma e prevendo pessoas competentes. Porém, houve uma aceleração por conta de uma demanda do governo do estado, onde teria que redimensionar número de cargos comissionados e ter que atender o número de cargos e funções gratificadas prejudicando um estudo que já vinha sendo feito começado da base. Então foi feito um novo organograma pra Secretaria de Saúde e este organograma já está sendo revisto porque ele não está atendendo, ainda as necessidades da secretaria.” (Ator institucional interno 10)

A construção das reformas é entregue a um setor específico da secretaria, no caso a Assessoria Técnica do Secretário Adjunto, composta por dois profissionais que dispuseram de menos de um mês para a realização da proposta.

“...Foi um trabalho que nós não tivemos chance de apresentar a nenhum coordenador. Por iniciativa nossa, trabalhamos um pouco com a Coordenadoria de Planejamento e com a Promoção à Saúde. (...) Uma assessoria composta de duas pessoas trabalhando diuturnamente com a digitadora e com a dificuldade muito grande de não encontrar dentro da secretaria, história, memória...” (Ator Institucional interno 2)

Os resultados obtidos com o movimento reorganizador da SESAP/RN, desse período não são de grande relevância, para a reestruturação do perfil da instituição. No entanto, destaca-se:

- a) a transformação da Assessoria de Planejamento em Coordenadoria;
- b) o Sistema de Auditoria vinculado diretamente ao Secretário;
- c) a criação de uma Coordenação de convênios, vinculada ao planejamento; e
- d) a retirada do Conselho Estadual de Saúde da estrutura organizacional.

Esse último item, segundo os atores ligados a gestão, é introduzido por equívoco e por falta de memória documental na SESAP/RN. Mesmo assim, os

conselheiros de saúde entrevistados, identificam a ação como uma afronta e um desrespeito à atuação do CES no Estado:

“...Na primeira versão saiu sem o pontilhamento do conselho porque na memória não havia nada e no momento nós não atentamos de fato que o conselho deveria estar pontilhado” (Ator Institucional Interno 6)

“...E essa questão do conselho gerou uma indignação muito forte por parte dos conselheiros, porque na visão dos conselheiros a coisa tinha sido feita premeditada, com a finalidade de excluir cada vez mais o conselho das discussões da política de saúde” (Ator Institucional externo 3)

A exclusão do CES da estrutura organizacional da SESAP/RN foi publicada em diário oficial conforme o Decreto nº 14.313 de 10/02/99, válido até o momento, pois não foi providenciada sua reedição por parte da Secretaria.

Quanto ao desempenho de implantação do PSF, neste período, há um acentuado incremento do programa no estado, que pode ser explicado pela adesão de novos atores como o COSEMS e a UFRN, divulgando e aumentando a visibilidade da proposta provocando a SESAP/RN, no sentido de avançar na implementação do PSF. O resultado desse processo é o sensível aumento das adesões municipais no estado. Conforme pode ser visto no quadro abaixo.

QUADRO 3: Evolução da implantação do PSF no RN

Ano	Nº de Equipes do PSF	Municípios	Cobertura pop.	META PREVISTA equipes impl.	META ALCANÇADA
1994-1996	18	04	0,6%	Sem definição do MS	—
1997	18	04	0,6%	40	45,0%
1998	35	21	5,9%	58	60,3%
1999	102	54	17,3%	104	93,1%
2000 (até setembro)	184	86	23,2%	190	96,8%

Fonte: SESAP/RN

Segundo os dados da SESAP/RN: o ano de 1998 encerrou-se com 35 equipes do PSF, correspondendo a uma cobertura populacional de 5,9%, presentes em 21 municípios. Em 1999, não foi superada a meta indicada pelo MS, que

era de 104, sendo implantadas 102 equipes, com cobertura populacional de 17,30% e 54 municípios.

Os dados fornecidos pela SESAP/RN, do período compreendido entre janeiro e setembro de 2000, indicam que as metas estabelecidas pelo MS se encontram quase atingidas: são 184 equipes, correspondendo a uma cobertura populacional de 23,2% presente em 86 municípios. A meta estabelecida pelo MS para 2000 é de 190 equipes, com a cobertura populacional de 24,69%. O fato da SESAP/RN não estabelecer suas próprias metas reforça sua dependência normativa em relação ao MS.

O descompasso entre o alto número de municípios com equipes implantadas e o baixo índice da população coberta no estado está ligado ao fato de que cerca de 80,0% dos municípios do RN tem população inferior a 5.000 habitantes e a grande maioria de equipes implantadas se encontra exatamente em municípios com este perfil populacional.

No estudo elaborado por Dal Poz & Viana (1998), e atualizado por Rocha (2000), sintetizado no quadro 4, o número de equipes implantadas em 1998 é de 34 com a cobertura populacional de 4,5%. Em 1999, o número de equipes é 91 e a cobertura populacional de 11,83. Para junho de 2000, as equipes são 124, com cobertura populacional de 16,12%.

QUADRO 4: Evolução da implantação do PSF no RN

ANO	EQUIPES	POPULAÇÃO COBERTA	MUNICÍPIOS
1994	18	2,4%	04
1995-1996	18	2,4%	04
1997	18	2,4%	04
1998	34	4,5%	21
1999	91	11,83%	54
2000 (até junho)	124	16,12%	60

Fonte: SIAB/MS e SIAB/RN-2000

A diferença existente entre os dados fornecidos pela SESAP/RN e os que compõem o quadro 4, é que para a Secretaria são consideradas equipes implantadas, a partir da assinatura de declaração de incentivo que consta no processo de legitimação no estado. Já para o MS, somente são consideradas implantadas as equipes do PSF com publicação no Diário Oficial, o que leva em média trinta dias, a partir da assinatura da habilitação do município ao programa.

Apesar do processo de implantação do PSF, se acelerar nesse período é viável a baixa implantação no estado, em torno de 24,0% apenas e presente em menos de 50,0% dos municípios. Esse fator também é limitante para um melhor alcance da estratégia no estado e para sua transformação em projeto estruturante.

O processo de legitimação para a implantação do PSF no Rio Grande do Norte é realizado pela gerência estadual do programa e consiste: da assinatura de declaração de incentivos entre a instância municipal e federal do SUS; do processo de seleção das equipes; e do treinamento introdutório dessas equipes.

A seleção das equipes pode ser viabilizada, através de três mecanismos segundo escolha do município: a seleção por entrevista, a entrevista com análise de currículo, e prova escrita associada à análise de currículo e entrevista: *“...O PSF, o próprio manual do PSF, ele dá norte e abre um leque de possibilidades de como fazer a seleção, de acordo com a realidade local. O gestor pode optar por várias formas de fazê-lo...”*(ator institucional interno 6).

A SESAP/RN é a instância responsável em promover esse processo além de qualificar o pessoal selecionado, através do treinamento introdutório. O conteúdo do treinamento introdutório consta de abordagens iniciais sobre: políticas públicas (reforma sanitária/SUS/PSF); relações humanas e comunicação social; territorialização das ações de saúde; ética e cidadania; epidemiologia e sistema de informação (SIAB), organizado de forma descentralizada por regionais de saúde com uma carga horária de 40 horas, através de aulas expositivas.

Quanto aos recursos humanos disponibilizados para o programa, a fusão das gerências do PACS/PSF na gestão anterior permitiu o fortalecimento das equipes, pois ambas se encontravam desfalcadas em número de pessoal e qualificação. Nesse sentido há um reforço em termos de repasse de conhecimentos de uma equipe para outra, acumulados principalmente pelo pessoal do PACS, devido

a um maior tempo institucional trabalhando já com um formato de programa comunitário. A adição do pessoal do nível regional para o PSF acontece após a resolução da CIB/RN em abril de 1999.

No entanto, para o pessoal de nível regional esse repasse só se inicia de fato no ano seguinte, em 2000. *“...do PACS nós entendemos bem, mas no PSF só viemos trabalhar melhor esse ano [2000].”* (Ator Interno Regional 2).

Mesmo com o aumento de pessoal disponível para o PSF no estado, as dificuldades operacionais são substantivas, sendo observadas tanto pelos técnicos de nível central como regional.

Os principais problemas apontados, quanto a disponibilização de recursos humanos pelo pessoal de nível central são: o insuficiente número de pessoal, tanto qualitativa como quantitativamente; a falta de estímulo financeiro para equipe; e a baixa adesão do nível regional.

“... então tem essa dificuldade a pessoa tem interesse, mas também, tem necessidade de ter treinamento. E tem outras que precisam de treinamento ou que são novas na estratégia (...) uma estratégia que se diz grande como essa, teria que ter mais gente para trabalhar (...) nós temos ETAMS, que por mais que as pessoas tentem fazer, os técnicos tentam, mas não estão dando conta, porque a dificuldade de pessoal é muito grande” (Ator Institucional Interno 6).

Já para as equipes de nível regional existem outros elementos incorporados ao problema, sendo destacado: a questão da centralização das decisões; o medo da perda de poder, por parte do nível central; a falta de confiança nas equipes regionais; a indefinição organizacional do ETAM, provocando sua inércia institucional, além da ausência de recursos para o programa.

“...É aquela questão de estar muito centralizado ainda o programa do PSF. É uma coisa muito por cima do ETAM. Porque eu acredito que o engajamento seja a nossa participação nas entrevistas, nas discussões, na viabilidade se aquele município tem estrutura para ter uma equipe de saúde da família, isso aí na minha opinião está ficando a desejar” (Ator Regional Interno 1).

“...pela falta de estrutura dos ETAMS, pelo próprio papel dos ETAMS que não está definido, de está essa coisa meio solta que é e não é ETAM. Então eu acho que essa foi uma coisa que contribuiu para os ETAM's ficarem a parte do processo PSF” (Ator Regional Interno 3).

Segundo os coordenadores regionais, a descentralização da proposta, apesar de apontada desde abril de 1999, ainda não foi bem viabilizada. A descentralização das ações envolve redefinição de poderes, o que nem sempre é visto pela burocracia central como salutar. A indefinição regulamentar do ETAM é um outro ponto apontado como inviabilizador da proposta. Os coordenadores dos ETAM's, não se sentem partícipes da proposta e não se responsabilizam em construir a viabilidade do projeto nas regionais:

“... Uma resistência muito grande por parte da gerência estadual. Não assim da pessoa do gerente, mas da equipe como um todo, como se não acreditasse muito nos profissionais das regionais, ou por aquela coisa de você estar perdendo poder. A gente sentiu isso. (...) Em termos de recursos, a gente sabe quanto era disponibilizado para o PACS, para avaliação, para supervisão. Já com o PSF, quanto está sendo disponibilizado para avaliação? Para acompanhamento? Ninguém sabe” (Ator Regional Interno 5).

Por outro lado, o esvaziamento do nível central provocado pelas reformas administrativas, volta a fragilizar a composição da equipe estadual do programa, já que grande parte dos técnicos foi estimulada a deixar o nível central, como situa os discursos seguintes.

“...Mas desde de 96 [o Secretário] está tentando [implementar uma gratificação para o Nível Central]. Fez planilha, fez estudo, mandou para o governador. O outro, Pedro Cavalcanti, também tentou. E esse [o atual secretário] está tentando. Aí saiu pra quê? Para as unidades de referência. Aí complicou mais ainda nossa situação. O povo quer ir para as unidades assistenciais.” (Ator institucional interno 8)

Atualmente, a equipe disponível para o programa, em nível central, consta de 05 técnicos de nível superior, sendo 02 sanitaristas e 01 técnico de nível médio. Cada ETAM possui 01 coordenador regional, que são técnicos de nível superior.

Quanto à capacitação de recursos humanos para o PSF, a aprovação do Pólo da Capacitação em Saúde da Família no estado, nesse período é um reforço operacional nesse processo. São então, reformulados os conteúdos dos treinamentos introdutórios, passando a ter uma carga horária de 80 horas com concen-

tração e dispersão das equipes, valorizando-se a metodologia problematizadora²⁷, baseada na integração ensino-serviço. São pactuados novos cursos de qualificação para as equipes de Saúde da Família no RN, que constam no projeto do pólo.

Apesar da aprovação do Pólo acontecer em 1998, o repasse de recursos financeiros por parte do MS, até a fase final do trabalho de campo não havia sido repassado para o estado. Com isso, ocorre um atraso na operacionalização das atividades do pólo. A maioria das atividades presentes no cronograma operacional do pólo para esse ano, depende do repasse de recursos federais, e só começam a ser viabilizadas no primeiro semestre de 2000, conforme é informado por um dos atores institucionais entrevistados: “...Foi apresentado novamente o projeto [do pólo de capacitação do PSF] e estamos apenas aguardando a liberação de recursos para dar continuidade às ações ali previstas” (ator institucional interno 10).

Esse fato, mais uma vez, demonstra a vulnerabilidade da esfera estadual, quanto a sua dependência financeira do nível federal, o que inviabiliza o desempenho de estratégias de ação importantes para o RN.

Das atividades do Pólo realizadas durante esse ano, destaca-se a realização de uma oficina interna, cujo objetivo é divulgar a proposta e desenvolver a articulação regional para operacionalização das suas atividades, de forma descentralizada.

No Quadro 5 são discriminadas as principais atividades operacionais que constam no projeto do Pólo a serem desenvolvidas no período de 1999/2000.

²⁷ A metodologia problematizadora é um tipo de abordagem pedagógica que valoriza o conhecimento próprio do(s) educando(s).

QUADRO 5 - Mapa de atividades e desempenho do Pólo/PSF/RN

Metas/atividades		Indicador físico		Duração		Realiza- do sim/não
		Unid.	Qtde.	Início	término	
01	Seminário de instalação do Pólo de capacitação do RN	Seminário	01	abril/00	abr/00	Não
02	Oficina de reflexões críticas da prática pedagógica	Oficina	02	Abr/00	mai/00	Não
03	Treinamento introdutório para equipes do PSF	Treinamento	13	Abr/00	Nov/00	Não
04	Curso de capacitação em AIDPI para médicos e enfermeiros	Curso	04	Jul/00	Set/00	Sim (um Curso)
05	Curso de Atualização em atenção a saúde da mulher para médicos e enfermeiros	Curso	04	Jun/00	ago/00	Não
06	Curso de atualização em vigilância a saúde para auxiliares de enfermagem	Curso	10	Jun/00	nov/00	Não
07	Curso de atualização em atenção a saúde do adulto e do idoso para médicos e enfermeiros	Curso	04	out/00	nov/00	Não
08	Seminário sobre novos perfis na formação dos profissionais para o PSF	Seminário	01	mai/00	mai/00	Não
09	Curso de capacitação em gerência no PSF	curso	01	jun/00	jun/00	Não
10	Seminário sobre sistemas de informação	Seminário	02	Mai/00	jul/00	Não
11	Curso de Capacitação em suporte de vida em situações emergenciais no domicílio	Curso	03	agos/00	set/00	Não
12	Seminário sobre atenção básica de saúde para o agente comunitário de saúde	Seminário	30	jul/00	nov/00	Não
13	Oficina sobre protocolo de auto avaliação do serviço	Oficina	04	ago/00	set/00	Não
14	Oficina de vigilância a saúde e programação local	Oficina	03	abr/00	mai/00	Não
15	Participação em eventos/visitas fora do Estado	Eventos	05	abr/00	dez/00	12.150,00
16	Supervisões técnicas as equipes do PSF	Superv.	99	Fev/00	Dez/00	Sim
17	Consultoria as equipes locais e de coordenação do PSF em áreas específicas	Consult.	10	Fev/00	Nov/00	Sim
18	Seminário de avaliação das atividades realizadas	Seminário	01	Dez/00	Dez/00	Sim
19	Estruturação técnica e gerencial do Pólo	Acompanha- mento	perma- nente	Fev/00	Dez/00	Não

Fonte: Projeto do Pólo de Capacitação do RN, 1998.

O Polo de capacitação em Saúde da Família é tratado pelos atores como uma estratégia instituidora de mudanças organizacionais que podem impulsionar a ação da secretaria no sentido da qualificação do pessoal para as equipes do PSF:

“...Eu imagino que hoje nós tenhamos uma facilidade de trabalhar isso aí, em função das pessoas que estão no pólo em função do momento. (...) Talvez a lógica fosse outra, do PSF puxar o pólo, mas eu acho que é o pólo que está puxando o PSF pra cima, inclusive levando toda a Secretaria de Saúde”. (Ator Institucional interno 2)

A baixa capacidade de governabilidade dos atores internos da SESAP/RN em construir a viabilidade e direcionalidade do PSF na instituição, faz deslocar para outros espaços a possibilidade de construção desses elementos.

A dependência da SESAP/RN em relação ao Ministério da Saúde se expressa nos sentidos: financeiro, normativo e também pela ausência de projetos técnicos-operacionais autônomos que contribuam com o avanço da implementação do SUS no estado. Isso acarreta uma grande expectativa dos atores locais quanto ao Pólo de capacitação, já que esse ao se constituir numa instância externa, adquire uma aura de maior autonomia em termos de formulação de políticas de viabilização do PSF.

Não obstante estar pautada em conceitos afirmativos do exercício do controle social sobre as instâncias administrativas do Estado, essa visão peca por superdimensionar a capacidade do Pólo na execução da política do PSF, em nível estadual, pois esse ente, por sua natureza, não se constitui em um substituto das funções administrativas da SESAP/RN.

Quanto à alocação de recursos para o programa, o Plano de Investimento do RN para a Saúde, de 1998, apesar de ter sido montado no mesmo ano, tem como bases teóricas as diretrizes políticas das propostas de governo para 1999-2003, citado anteriormente. Como prioridades, citadas no documento, está a recuperação e ampliação dos serviços públicos assistenciais, na lógica de atendimento às necessidades da população, em um nível de atenção mais complexo (RN/SESAP/ Plano de investimento/1998 p.7).

Do montante de recursos oriundos do tesouro estadual, cerca de 65,0% dos foram destinados à manutenção e recuperação da estrutura física própria da rede estadual. Os outros 35,0% foram destinados para a recuperação da rede

municipal. Para as ações de promoção à saúde, são priorizados a reequipagem de laboratórios e unidades de referência (RN/SESAP/ Plano de investimento/1998 p.7).

O reconhecimento da ausência de recursos financeiros para viabilização do PSF no estado, também, é sentida pelos atores institucionais, conforme as falas a seguir.

“... mas o recurso para eu viabilizar esse programa, a gente não tem, a gente mete a cara e faz. Esse orçamento teria que ter para dizer que o PSF é prioridade, ele não existe, ele é virtual, ele existe na cabeça da gente, a gente faz e empurra” (ator institucional interno 8).

“... Precisa dar maior visibilidade ao programa no estado e injetar mais recursos para sua operacionalização” (ator institucional interno 6).

A lógica dos gastos nessa gestão da SESAP/RN está assentada no entendimento de que a responsabilidade do estado passa apenas pela execução dos serviços na sua rede. Sem deixar de reconhecer a precarização em que se encontra a rede assistencial do estado deve-se resgatar a necessidade do incentivo a atenção básica, através da vinculação de recursos da esfera estadual nos diversos projetos de investimento, com vistas ao incentivo de implantação do PSF no estado.

Ao longo do processo de implantação do SUS no estado, há um movimento de incentivo financeiro ao trabalho em hospitais e unidades de referências do estado, acarretando um grande esvaziamento do nível central²⁸, sendo ainda mais aprofundado nos processos de reformas administrativas, através da atualização financeira das gratificações para os profissionais de hospitais e unidades de referência. Esse movimento de incentivo financeiro aos profissionais, reflete o tipo de prioridade do governo na assunção das suas responsabilidades de gestão, no caso o funcionamento da sua rede hospitalar em detrimento das atividades de regulamentação das políticas de saúde. Tal situação também é percebida pelos atores institucionais: *“...Não houve prioridade nenhuma e o secretário atual também não dá prioridade nenhuma. É um secretário que só vê prioridade em questões hospitalares, essa parte preventiva fica ao deus dar”* (Ator Institucional Externo 5).

²⁸ Uma série de portarias e leis foi editada a partir do SUS com incentivos financeiros para o trabalho nas unidades de referência e hospitalares do estado. Portarias: n°. 0357/96; Lei n°. 6704/94, n°. 6489/93, n°. 6252/92 e Deliberação CIB/RN n°. 24/97.

Os atores que conduzem a estratégia de saúde da família no estado reclamam a participação na consecução do processo de reforma. O processo é percebido como uma “encomenda” externa do setor saúde onde não há compartilhamento sobre as necessidades operacionais dos setores da SESAP/ RN, inclusive o do PSF, conforme no relato a seguir.

“...eu acho que a Secretaria teria que rever isso aí. Na hora que for reestruturar, ouvir mais as pessoas, discutir mais com as pessoas, com os setores afins, nas áreas técnicas, porque elas têm um papel preponderante na instituição. As áreas técnicas são quem tocam o barco.” (Ator Institucional interno 06)

Para os atores esse fato reafirma o entendimento de que o PSF não é assumido como uma prioridade de governo, daí o seu baixo poder instituinte nas mudanças. No entendimento da maioria dos atores entrevistados apontam a necessidade da estratégia compor um novo status organizacional dentro da SESAP/RN.

“...sem dúvida nenhuma, porque hoje eu já viria o PSF como dentro de uma Coordenação, já que ele tem um papel tão importante no Estado. É estratégico e estruturante.” (Ator institucional Interno 10).

“...e decorrente dessa falta de visão política do que é a estratégia. Operacionalmente tem uma coordenação do PSF num nível de hierarquia na qual não há governabilidade. Então, como você coordena uma estratégia de alcance tão grande como é o Saúde da Família?” (Ator Institucional Interno 2).

Observa-se por outro lado que esse entendimento não é consensual entre os condutores da política na SESAP, como pode se constatar a partir da afirmação a seguir:

“...eu não vejo assim que tivesse que ter mais uma coordenadoria. Porque...qual seria a função do PACS/PSF? Porque...onde as ações se dão, do PACS/PSF? No município. Isso não se dá aqui (...) acho que teria que pensar melhor” (Ator Institucional Interno 8).

A ascensão hierárquica do PSF, desenho organizacional, não se concretiza, refletindo a não participação dos atores no momento de elaboração das reformas e a falta de consenso sobre o sentido do programa dentro da instituição. Uma outra ocorrência levantada nas entrevistas é o fato da estratégia não trazer

recursos para o Estado. Os recursos para as ações do PSF são repassados para o nível municipal, não havendo incentivos financeiros para o estado. Dessa forma, o estado não se sente responsável em impulsionar a estratégia no RN, o que é reconhecido pelo ator em destaque.

“por que dentro da Secretaria o que é prioridade? Trabalhar urgência e emergência, enquanto projeto que tem recursos; VIGISUS, enquanto projeto que tem recurso; RENIS enquanto rede de informação que dá conta de recurso. O PSF que em termos de recurso não tem retorno financeiro, para o Estado, tem é custo na visão da instituição. (...) Não é algo que está na sua linha ou dando dinheiro.” (Ator Institucional Interno 2).

Contribuindo com essa afirmação as novidades incorporadas na Coordenadoria de Promoção à Saúde, setor no qual o PSF está situado, é a criação de uma nova Subcoordenadoria de Meio Ambiente, responsável em operar as ações do projeto VIGISUS²⁹ e a descentralização das endemias que são transferidas da FNS para SESAPRN. Mesmo não existindo técnicos que componham tal equipe. É o que nos confirma o relato seguinte:

“...e o que influenciou a segunda reforma pra mudança de estrutura foi a questão das endemias. Foi mais forte. Na perspectiva da gente ter que assumir uma estrutura como é a da Fundação, (...) mas até hoje a Subcoordenadoria não tem grupo pra assumir não.” (Ator Institucional interno 08)

Como é observado o sentido da reforma administrativa, mais uma vez não se vincula a um direcionamento técnico-operacional que dê sentido às mudanças na Secretaria de Saúde. O que se observa é que mesmo com os avanços da proposta do PSF no Estado, através do crescimento da implantação das equipes, nesse período, o seu potencial instituinte de mudanças no desenho organizacional da secretaria não acontece.

Há uma unanimidade por parte dos atores, no sentido de não identificar a estratégia como instituidora de mudanças no processo de reforma da SESAP. As causas relacionadas são: desconhecimento do gestor da saúde sobre a importância e o alcance do programa; o fato da estratégia não produzir ganhos financeiros

²⁹ O VIGISUS é um projeto do MS cujo objetivo é instrumentalizar os estados e municípios na área de vigilância ambiental e epidemiológica, com recursos do Banco Mundial. O Rio Grande do Norte foi contemplado com recursos do projeto para compra de equipamentos e capacitação de pessoal.

para o estado; a falta de participação nas discussões e elaboração dos processos de mudança; as demandas externas do governo que se baseiam na lógica de racionalização e enxugamento do ente administrativo, contrariando interesses na organização do SUS.

Mais uma vez se ratifica a perspectiva de que o formato das mudanças organizacionais em curso, dentro da SESAP, se filia a uma lógica de dependência externa do setor, seja pela sua rendição as estratégias do MS, que vêm acompanhadas de recursos para o estado, ou pelo uso de práticas clientelistas, a qual subjuga uma racionalidade democrática dentro da instituição e se ligam à forma mais arcaica de racionalidade administrativa, a patrimonialista e a burocrática.

Isso resulta, em um caldo de debilidades estruturais acarretando, o não avanço do formato organizacional do PSF na SESAP/RN, não contribuindo para construção de mudanças na estrutura administrativa dessa organização.

4.4. Algumas considerações antes do final.

O entendimento dos atores sobre o PSF varia de acordo com as gestões em estudo, havendo uma relação entre o tempo de gestão e o grau de aceitabilidade do programa. Dessa forma, percebe-se que nas gestões mais antigas, existe uma maior resistência e descrédito da estratégia, devido a sua incipiência enquanto programa no SUS. Ao passo que nas gestões mais atuais existe um consenso maior sobre a sua viabilidade operacional para o SUS.

Dentro das potencialidades instituintes da estratégia para dentro da SESAP/RN, destacadas pelos atores tem-se: a reorientação das estruturas verticais da SESAP/RN, historicamente organizadas por programas, a redefinição dos gastos financeiros do estado para as ações de promoção à saúde, a reorientação do modelo assistencial com base na adscrição de clientela, da vinculação, da humanização, na desospitalização e na qualidade da assistência, a qualificação de pessoal da rede e a reorientação da formação dos profissionais de saúde, a partir da articulação ensino-serviço.

No entanto, apesar do entendimento consensual da necessidade da estratégia ser construída como um projeto estruturante para a saúde, expressado nas entrevistas, a concretização de ações que possibilitem a sua operacionalidade na SESAP/RN é ainda insuficiente.

Essa situação pode refletir a baixa governabilidade dos atores à frente da SESAP/RN, diante de outros interesses que se expressam na organização e que são expressas através das ações operacionais do governo. Um outro elemento a ser observado é a distância entre o discurso dos atores e seus gestos dentro da instituição, dessa forma pode-se perceber os conflitos internos dos atores institucionais, quando da operação da política.

A pressão das instâncias de gestão do SUS como o CES e a CIB, ainda não demonstraram força suficiente para construir a viabilidade política do PSF na SESAP/RN exigindo o cumprimento de suas responsabilidades enquanto instância de gestão. No cumprimento dessas responsabilidades de fiscalização e proposição de ações, o CES mostra-se mais fragilizado do que a CIB. Por outro lado, atores como COSEMS de forma mais expressiva, alguns técnicos na SESAP e o Pólo de Capacitação vêm de forma progressiva, conquistando espaços de construção da viabilidade da estratégia no interior da organização.

Na direcionalidade normativa da SESAP/RN, pode-se identificar um movimento de priorização da área assistenciais e das atividades de controle, herdadas do antigo INAMPS, em detrimento das ações de coordenação e avaliação do SUS, a partir da análise do plano de investimento para saúde, dos decretos e portarias. Quanto aos decretos e portarias, a ênfase dada é para regulamentação de estímulos financeiros para o pessoal da área hospitalar. A baixa produção de instrumental normativo do PSF por parte da esfera estadual, se baseia no entendimento dos atores de que o programa já se encontra nacionalmente bem normatizado, o que limita a sua ação enquanto esfera regulamentadora.

A direcionalidade normativa instituída pelo PSF na SESAP/RN é pouco significativa, possivelmente determinada pela dependência do nível que dispõe de um forte mecanismo normatizador para o programa no Brasil. Com isso, o ente estadual se exime da responsabilidade de exercer seu papel coordenador do programa no RN, fragilizando ainda mais, a assunção das suas funções administrativas instituídas pelo SUS.

No entanto, os pequenos passos nessa direção demonstram a funcionalidade de tal perspectiva, pois ajudam a ratificar os processos de implementação dessa política, a partir das particularidades e realidades próprias do estado.

Do plano de investimento é clara a priorização para área assistencial, visto que, mais de 80,0% de recursos são destinados para esse setor. Esse movimento

coincide com os achados de Levcovitz (1997) que refere que o avanço da capacidade tecno-operacional das SES, dentro nas novas funções administrativas instituídas pelo SUS, tem privilegiado as áreas de alocação e de controle dos recursos do sistema.

O grande incremento do processo de implementação do PSF no RN, não vem acompanhado de mudanças organizacionais que possibilitem um melhor desempenho da SESAP/RN, enquanto instância de coordenação e avaliação.

A não adesão institucional dificulta a construção da viabilidade e da direcionalidade da estratégia na Secretaria de Saúde, que a transforme em projeto estruturante. O movimento da ação do plano do “pode ser” para o “deve ser”, produzido pelos atores institucionais em relação ao PSF não se efetiva na SESAP/RN.

Os municípios do RN acabam assumindo a estratégia sem uma participação mais ativa da SESAP/RN, inserindo-se no modelo singular³⁰, onde os processos de implantação do PSF nos municípios se dão sem a presença da esfera estadual do SUS.

No entanto, haveria uma melhor qualificação destes, se a instância regional se tornasse parceira, através de políticas estaduais de apoio ao programa, resultando em melhores indicadores de produção nos municípios. O estudo de Rocha (2000), reconhece que a ausência da Secretaria Estadual de Saúde do RN, vem se constituindo numa importante fragilidade político-gerencial, principalmente no que se refere à regionalização de serviços assistenciais e ao processo de qualificação de recursos humanos.

Existe uma recorrência na fala dos atores entrevistados reconhecendo o fato, de que o processo de implantação do PSF se dá no âmbito municipal, mas que isso, também, não isentaria o estado das suas responsabilidades enquanto esfera de gestão do SUS. O discurso por sua vez, de parte dos atores internos reforça a

³⁰ Segundo Dal Poz e Viana (1998), os modelos de implantação do PSF nos municípios são classificados, com base no grau de adesão regional, o funcionamento do sistema local e com os atores políticos presentes na sustentação do programa, denominando-os:

- Modelo regional: é aquele onde o Estado desenvolve vários programas na área de saúde, principalmente para prevenção e atenção básica, que produzem efeitos sinérgicos, isto é, se reforçam mutuamente e criam capacidades institucionais para a gestão de novos programas de caráter inovador. Além disso, desenvolvem também programas e espaços de articulação intersetorial na área social.
- Modelo principiante: o programa é pouco desenvolvido, sem participação da comunidade, ocorre de forma isolada, tanto das instâncias de governo como da própria comunidade.
- Modelo singular é aquele que se desenvolve sem envolvimento de outras esferas de governo. São municípios ou áreas que implantam experiência piloto.

compreensão de ser o ente estadual um partícipe com menor responsabilidade no processo de implantação do programa.

As dificuldades operacionais do programa, também são percebidas no plano organizacional. Todo o incremento de implantação do PSF, processado nos últimos anos, ainda não foi suficientemente forte para impulsionar a estratégia dentro do desenho organizacional da SESAP/RN, visto que, o seu formato atual dificulta as operações e não ajuda a perseguir o princípio da integralidade, sendo o PSF o carreador das ações da atenção básica.

O processo de enxugamento de cargos vivenciado pela SESAP/RN, nesse último governo, dificulta a criação de novos cargos dentro da estrutura organizacional. Mesmo assim, os movimentos de ampliação ou de manutenção de estruturas na organização acontecem e tem como elementos instituidores, os critérios político-partidários, ou por solicitação do MS, cuja operação resulte em dividendos financeiros para a SESAP/RN; em detrimento das proposições técnicas necessárias ao fortalecimento do papel das SES no SUS.

Essa observação pode ser confirmada nos próprios documentos oficiais da instituição que consta no anexo 8 desse trabalho.

Observa-se um sucessivo aumento dos profissionais envolvidos com a proposta no estado, conforme pode ser visto no quadro 6, principalmente pela inclusão das equipes regionais. No entanto, as reformas administrativas que se sucedem na SESAP/RN, induzem ao esvaziamento das equipes de nível central, uma vez que as gratificações existentes somente contemplam os profissionais ligados à área assistencial do estado.

QUADRO 6 - Número de Profissionais do PSF/SESAP/RN por gestão e nível de graduação.

Ano/nível	superior	Médio	Pós-graduado	Total
1994	01	----	----	01
1995-1996	01	----	----	01
1997-1998	04	---	01 (generalista)	05
1999-2000	10 ³¹	01	02 (sanitaristas)	13

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da gerência estadual do PSF/RN.

³¹ Dos 10 (dez) profissionais de nível superior, 06 (seis) se encontram nas equipes regionais. O nível central por sua vez conta com 04 (quatro) profissionais de nível superior, sendo: 01 assistente social, 01 administradora, 01 enfermeira e 01 socióloga para coordenar todo processo no estado.

O número de profissionais envolvidos com o programa na SESAP/RN, apesar de duplicar com o envolvimento das equipes regionais, ainda se mostra qualitativamente insuficiente para dar conta das demandas estaduais.

O movimento de incentivo financeiro para profissionais da área assistencial, desestimula os técnicos do nível central e parece retratar uma menor atenção da SESAP/RN, em relação às funções administrativas instituídas pelo SUS, de avaliação, regulação e coordenação.

A criação do Pólo de Capacitação é reconhecida pelos atores como uma estratégia importante, no sentido de instituir um novo processo formador de profissionais, que possam atuar na área de atenção comunitária. No entanto, a fragilidade estrutural dessa instância é uma realidade dentro do RN, devido a sua dependência financeira do nível federal que inviabiliza ações mais autônomas dentro do estado.

A expectativa dos atores em relação a essa instância pode acarretar em uma sobrevalorização desse espaço institucional, esvaziando as pressões para dentro da SESAP/RN, não resolvendo as suas insuficiências administrativas.

A aplicação dos recursos financeiros do estado demonstra uma forte retração de fundos para área de investimento, como pode ser observado no anexo 9, além da prioridade de gastos para área assistencial como já sinalizados em documentos e entrevistas apresentadas nesse trabalho. No que se refere ao PSF os recursos repassados se resume a pagamento de diárias e a contrapartida do estado para o Pólo de capacitação. Nas gestões estudadas, não há incentivo financeiro oferecido por esse ente, no sentido de estimular a estratégia no RN.

A reversão desse quadro depende, portanto, da construção da viabilidade política da proposta, garantindo assim, a maior aplicação ou a redistribuição de recursos próprios do tesouro estadual para ampliação do PSF no estado.

Diante dos aspectos levantados, podemos concluir que as mudanças organizacionais processadas na SESAP/RN, de acordo com o período desse estudo, pouco tiveram a ver com a estratégia do PSF.

As mudanças ocorridas têm como forte elemento instituinte o movimento reformador do estado, que ocorre em todo o ambiente governamental, cuja orientação se expressa pelo enxugamento da máquina, pela racionamento de recursos e pela descentralização das responsabilidades de gestão. No quadro abaixo é possível observar os processos de mudanças já instituídas na SESAP/RN, que

consolidam o ciclo de reforma incrementais nas estruturas administrativas, não instituídas pelo PSF, e já inicialmente caracterizado no capítulo anterior.

Pode-se identificar, no entanto, diferentes movimentos, de acordo com a gestão estudada, no sentido de se perceber uma certa autonomia dos objetivos a serem perseguidos dentro da organização da saúde, no caso da gestão de 1995. Ocorre que esses movimentos não podem contrariar uma lógica maior de racionalização de gastos que permeiam o movimento reformador do governo atual, limitando o sentido das reformas, que buscam uma maior expansão de recursos estaduais para a promoção social da saúde

Com toda instabilidade organizacional e política que permeia a gestão 1995, os processos de reformas são mais conseqüentes, no sentido de permitir mudanças que apontem para o reforço das novas funções administrativa da gestão estadual, do que a aparente estabilidade governativa da gestão 1999. O que talvez aponte para hipóteses de novos estudos que queiram relacionar os processos de reformas com o tempo, a estabilidade institucional e a capacidade governativa dos atores.

Do ponto de vista da implantação do programa, a gestão de 1999, consegue um melhor incremento desse processo no estado. No entanto, percebe-se que o melhor desempenho dessa gestão está muito mais associada a movimentos, por parte dos atores institucionais externos, do que por um propósito da gestão, no sentido de viabilizar efetivamente o PSF no RN.

Dentro dos movimentos externos potenciadores do incremento do processo de implantação do PSF destaca-se a ação do MS, com o aumento de incentivos para a estratégia e o estímulo para estruturação do Pólo de Capacitação, a ação do COSEMS, e também mais recentemente pela ação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família.

Quanto as mudanças organizacionais como já falado não existe uma relação direta entre o incremento da proposta e a inserção de mudanças organizacionais na SESAP/RN, provocados pela estratégia no estudo em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ÁGUA QUE NÃO FURA.

O contexto em que se processam as mudanças organizacionais na SESAP/RN, que se refere ao período desse estudo é marcado por momentos de grandes reformas dos governos: nacional, estadual e das suas instâncias administrativas.

O movimento reformador inclui mudanças e permanências nas esferas de poder, indicando que as mesmas quando se processam numa instituição se confundem com a sua própria história. Daí o encontro entre o instituinte e o instituído que resulta num momento de crise organizacional (Enriquez, 1995).

Das permanências nas estruturas administrativas, ainda é possível identificar: o centralismo burocrático, mesmo num processo descentralizador instituído pelo SUS; a privatização do espaço público e o clientelismo nas instâncias de gestão.

Isso resulta em dois problemas: o primeiro diz respeito, a cisão organizacional e o outro a questão da instabilidade dos gestores da saúde, tal como ocorre na SESAP/RN.

Quanto a cisão organizacional tem-se que o usufruto das políticas públicas são priorizados para aqueles que estão mais perto das instâncias de poder, acarretando uma divisão social que para Santos (1997), é situada como sociedade civil íntima identificada como aquela que possui maior permeabilidade, no usufruto de bens e serviços do Estado pela sua proximidade com as instâncias de poder. Enquanto que a sociedade civil estranha não obtém o mesmo usufruto, dado o seu distanciamento das esferas de poder.

No que se refere a instabilidade dos gestores da saúde são provenientes das interferências político-partidárias, o que leva a constantes interrupções nas gestões, impossibilitando a continuidade dos trabalhos e a temporalidade necessária para o amadurecimento das mudanças organizacionais.

Quanto às mudanças organizacionais desenvolvidas no período de estudo, pode-se observar a abertura da gestão para novos atores institucionais, a constituição de um Sistema Único de Saúde, a descentralização

administrativa, a racionalização de recursos e o enxugamento do ente estadual, provocando um esvaziamento do nível central, o estímulo as ações executivas assistenciais, em detrimento das ações de coordenação, assessoramento e avaliação do sistema estadual.

Ao analisar-se as mudanças organizacionais ocorridas na SESAP/RN, identifica-se nessa estrutura administrativa de gestão, a disputa de projetos e a presença do conflito, dado os interesses que se esboçam nesse espaço organizacional. Pode-se identificar um movimento reivindicatório por parte dos atores que compõe o PSF no RN, no sentido de adequar a estrutura organizacional da SESAP/RN as novas funções administrativas instituídas pelo SUS. Por outro há um outro movimento até agora hegemônico, no sentido de racionalizar recursos e enxugar o ente estatal, sendo esses os elementos determinantes das mudanças organizacionais.

Dessa forma pode-se identificar dois blocos e projetos de disputas no espaço organizacional da SESAP/RN. As forças pró- mudanças que operam no sentido da constituição de um projeto estruturante (PSF), como elemento de reestruturação das práticas sanitárias que possibilitem a promoção social da saúde. Incluindo aí, as mudanças do modelo de gestão democratizado e descentralizado, possibilitando o exercício da boa *governance*.

Por outro lado, tem-se as forças de manutenção do modelo com ênfase na atenção hospitalar, com ênfase para o modelo de gestão centralizado e clientelista, que não priorizam as novas funções administrativas dessa esfera no SUS, operando no sentido da não-*Governance*.

Na observância do papel do governo, enquanto espaço de execução de bens e serviços eqüitativos para sociedade, é possível perceber que ainda se identificam nesses espaços, práticas administrativas que caracterizam o Estado, como uma unidade cartorial, e assim sendo permeadas por interesses particulares e clientelistas, em detrimento dos interesses gerais da população e dos próprios atores que a compõem.

Dessa forma, a política pública do PSF na SESAP/RN é tomada como omissão, à medida que há um desvencilhamento das suas responsabilidades de gestão diante da política em estudo. O modelo de intervenção do Estado não possibilita a construção da sua viabilidade e direcionalidade normativa na

instituição. Com isso, não é possível para a estratégia ser uma ferramenta instituidora de mudanças organizacionais dentro da SESAP/RN.

Como resultado dessa omissão, frente as suas responsabilidades de gestão dentro do SUS, e ao levarmos em consideração que com o desenvolvimento desse sistema, se torna cada vez menor o papel executivo da esfera estadual, é possível concluir, que pode haver um comprometimento da sobrevivência institucional da SESAP/RN, enquanto instância coordenadora da política estadual do SUS.

Essa consideração se baseia no atual percurso produzido pela SESAP/RN, diante das suas responsabilidades administrativas. É possível perceber uma forte presença da organização nas áreas executivas assistenciais e de controle e avaliação contábil do sistema estadual. No entanto as tarefas de coordenação, avaliação de serviços, gerência de meios e regulamentação, são responsabilidades, ainda, não devidamente assumidas pela SESAP/RN.

Essas considerações são também encontradas no estudo de Levcovitz (1997), referindo ser um movimento presente em todas as SES, apontando como outro elemento deflagrador dessa situação, a histórica centralização decisória do ente federal, provocando uma maior dificuldade dos entes subnacionais de formular ou implementar políticas de saúde autônomas.

Chama-se atenção, que os sutis movimentos reformadores, no sentido de priorizar as funções de coordenação política, anunciados nas gestões de 95 e 96, No entanto, o tempo institucional é colocado como limitador na concretização das reformas, percebendo que estas gestões da saúde, estão associadas a um só governo, pode-se caracterizar na verdade, que essas intencionalidades anunciadas não se constituíam em prioridades de governo, daí a razão do seu insucesso e das substituições de secretários.

A complexidade dos processos de mudanças numa organização dificulta a sua classificação, pois um movimento reformador pode conter vários tipos de mudanças ocorrendo num mesmo processo.

Dessa maneira, ao analisar-se os processos de reforma administrativa na gestão de 1995 e 1999, ocorridas na SESAP/RN, observar-se que essas se processam de forma diferente. De forma que segundo a perspectiva de Enriquez (1995), as mudanças processadas na gestão 95, predomina as

características do tipo estratégica, pois os atores apostam na flexibilidade da gestão, mas que devido a sua forma pouco participativa possui também um caráter adaptativo.

Na gestão 99, a caracterização predominante é a do tipo de mudança programada, que se realiza essencialmente pela camada tecnocrática da instituição.

Pode-se concluir que os processos de mudanças organizacionais não têm o PSF como elemento instituinte. No entanto, o programa é identificado como situação instituinte, desde que seus atores invistam na capacidade governativa de construir a viabilidade e direcionalidade do projeto em questão.

Para a construção da viabilidade política do PSF na SESAP/RN se faz necessário a produção de mudanças do tipo social, onde estão presentes os princípios da democratização e da construção coletiva dos objetivos organizacionais, promovendo a *governance* necessária dentro de um projeto que possui a perspectiva da promoção social da saúde.

Dessa forma, o potencial instituinte do PSF está diretamente relacionado com a capacidade dos atores em construir a viabilidade e a direcionalidade necessária para transformá-lo em projeto instituído na organização. Quanto maior a capacidade dos atores de construir a viabilidade e a direcionalidade do projeto, maior é a o seu potencial instituinte de mudanças dentro da instituição.

Apesar do incremento no processo de implantação do PSF na organização estudada, esse movimento não vem acompanhado da efetiva construção da sua viabilidade na SESAP/RN. As tentativas de construção da viabilidade do PSF na SESAP/RN ocorrem de fora para dentro, através da ação dos atores externos como o MS, COSEMS e de forma mais recente o Pólo de Capacitação.

É importante destacar o incentivo financeiro destinado ao projeto que muda de forma substancial a adesão a estratégia do PSF em todo Brasil, realidade que não se diferencia no RN.

A baixa adesão institucional da SESAP/RN ao projeto PSF é um elemento menor na construção da viabilidade do plano no estado. Visto que, mesmo num quadro de baixa adesão institucional é possível observar o incremento da proposta, sem que seja identificada como uma prioridade de governo.

A fragilidade normativa compromete a sua permanência enquanto estratégia de reorganização dos serviços na organização. Pois segundo Matus (1987), a viabilidade normativa ajuda a construir a constância organizacional de um plano, mas não é o elemento mais significativo destacado nesse estudo, porquanto que a normatividade já instituída pelo nível nacional, permite a coordenação e controle das atividades do programa, desde que as funções administrativas da SESAP/RN, em relação ao projeto, sejam assumidas.

Torna-se evidente a supremacia da viabilidade política sobre os demais elementos da viabilidade, confirmando novamente as afirmações de Matus (1987).

Dois momentos são destacados no processo de implantação do PSF no RN: primeiro, aquele no qual os atores demonstram um certo preconceito sobre a estratégia inviabilizando a sua operacionalização na SESAP/RN. Um outro no qual é consensual o entendimento sobre a estratégia, aparecendo inclusive no discurso oficial escrito da SESAP, contudo os gestores institucionais se mostram incapazes de construir a viabilidade do projeto nessa instância.

O entendimento de que a proposta se processa de forma exclusiva no âmbito municipal, reduz o impacto da pressão sobre os atores estaduais, desvencilhando estes da sua responsabilidade de gestão nesse processo. Confirma-se essa tese com a direcionalidade normativa instituída pelas gestões, onde privilegiam financeiramente as ações de produção de serviços no setor hospitalar e nas unidades de referência, em detrimento das ações de coordenação e assessoramento típicas do nível administrativo.

A redução no repasse de recursos financeiros para a esfera estadual, provocada pelo processo de descentralização do SUS e pelo não injeção de recursos próprios do tesouro estadual, induz a SESAP a trabalhar numa lógica de dependência financeira dos recursos externos. Só há investimento nas áreas que têm retorno financeiro para o estado.

Essa dependência é relativa, uma vez que mesmo sendo definido nacionalmente como prioridade do MS, o PSF embora, tendo otimizado a sua implantação no estado, não foi capaz de direcionar as mudanças organizacionais ocorridas na SESAP/RN.

Embora nos níveis municipais e nacional possa ser possível identificar o potencial instituinte de mudanças organizacionais nessas esferas. No caso

concreto da SESAP/RN, a força instituinte do PSF é ainda bastante limitada. O que não significa uma situação irreversível, uma vez que a presença dos atores externos tem trazido mudanças operacionais no programa, podendo num momento posterior traduzir-se em cenários mais favoráveis para a estratégia no RN.

Em busca dos processos de mudanças organizacionais na SESAP/RN, que estivesse relacionado com a promoção à saúde, a universalização da atenção e a descentralização das ações e serviços, Identifica-se que a força instituinte das mudanças organizacionais da SESAP/RN está vinculada aos processos de Reforma do Estado, que por sua vez apontam no sentido da desconcentração do enxugamento da máquina, da racionalização dos custos e da focalização da atenção.

Registra-se assim um movimento de permanência do ciclo anterior nas estruturas sanitárias da SESAP/RN, que até o momento pode ser caracterizado como focalizante e racionalizador, se desvincilhado das funções administrativas atribuídos pelo SUS para a esfera estadual.

Dessa forma, podemos concluir sobre o baixo poder instituinte do PSF nas mudanças organizacionais da SESAP/RN. No entanto, o seu potencial instituinte, indicado em outros estudos aplicados nas instâncias municipais e nacional, podem conformar cenários prospectivos que merecem ser explorados sob a perspectiva da esfera estadual, do ponto de vista organizacional e político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Célia Maria de. *Os Atalhos da mudança na Saúde do Brasil, Serviços em nível local: 9 Estudos de Caso*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 1989.
- ANDRADE, Francisca Maria. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora Ltda, 1998.
- ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. *Seminário Nordeste, o que há de novo?*. Natal/RN: Nordeste Gráfica Ltda, 1988.
- AZEVEDO, Alessandro Augusto de. *Sem medo de dizer não: o PT e a política no Rio Grande do Norte (1979-1990)*. Dissertação (mestrado). Ciências Sociais/UFRN. Natal, 1996.
- BARROS, Elisabeth. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e saúde coletiva*. v. 1, n. 1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.
- BELMARTINO, Susana. Políticas de salud. Formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar? In: *Estado y políticas sociales en América Latina*. México: UAM, O Chimalco/FIOCRUZ – ENSP, 1992.
- BOBBIO, Norberto. *Estado, Governo, Sociedade: Para uma Teoria Geral da Política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3ªed, 1990.
- BOBBIO, N; MATTEUCI, N e PASQUINO G. *Dicionário de Política*. Brasília: Ed. UNB, 1991 3ªed.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: IFEL/BERTRAND, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, novembro, 1998.
- _____. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. *Informações selecionadas Rio Grande do Norte*. Brasília, fev, 1999.
- _____. Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Assessoria de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: MS, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica- SUS 01/1993*. Portaria MS7GM nº 545. Brasília. MS, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde da Família: Construindo um novo modelo*. Brasília: MS. Ano I, n.1, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial do SUS*. Brasília. MS/SAS/COSAC: 1998.

- _____. Ministério da Saúde. *Avaliação Qualitativa do Programa de Agentes Comunitários*. Brasília: MS/FNS, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: MS/FNS, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica- SUS 01/1996*. Portaria MS/GM nº 2203/1996. Brasília: MS, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final*. Brasília: MS/Coordenação de Atenção Básica, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS/SAS, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. *Planejamento sem normas*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CARVALHO, Gilson. A implementação do SUS: nós críticos a nível estadual. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 45, dez. 1994.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CONASS. *Os Estados na Construção do SUS*. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, nº1, ano1. Brasília, 1998.
- CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*. Ano I, nº 1, jan/jun. Brasília: MS, 1996.
- COSTA, Nilson R . Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, nº 45, dez, 1994.
- COSTA, Nilson do Rosário; MELO, Marcus André C. de (1998). Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/ABRASCO nºIII, v.1. 1998.
- CUNHA, João Paulo Pinto da. Cortando o mal pela raiz. *Cadernos Saúde da Família*. Ano I, nº 1, jan/jun. Brasília: MS, 1996.
- DAL POZ, Mário Roberto ; VIANA, Ana Luiza D'Avila . *Estudo sobre o Processo de Reforma em Saúde no Brasil*. UERJ/ IMS/ CEPSC- Rio de Janeiro, 1998. *Mimeo*.
- DINIZ, Eli. Governabilidade, *governance* e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. *Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. Brasília: ENAP, ano 47, vol. 120, nº2, mai-ago. p. 5/21, 1996.
- ENRIQUEZ, Eugene. *O indispensável para a mudança e para a sobrevivência*. Recife, TGI. 1995.

- FERREIRA, C.M.M. – Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *Revista do Serviço Público*, vol 120, n.3, Set-Dez 1996.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa: nova edição revista e ampliada*. Rio de Janeiro: Ed. Fronteira, 1986.
- FILHO, GUERZONI, Gilberto. Tentativa e Perspectiva de formação de uma burocracia pública no Brasil *Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. ENAP, ano 47, vol. 120, nº2, mai-ago. p. 5/21. Brasília, 1996.
- FIORI, José Luís. *O Vôo da Coruja: uma leitura não liberal da crise do Estado desenvolvimentista*. Rio de Janeiro: Ed:UERJ, 1995 (a).
- _____. *Em busca do Dissenso Perdido: ensaios críticos sobre a festejaria crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995 (b).
- FONSECA, Maria Imaculada Ferreira da. *Programa de Saúde da Família de Beberibe-Ce*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária/UFC. Fortaleza, 1997.
- GERSCHMAN, Sílvia . *A democracia inconclusa - um estudo da Reforma Sanitária Brasileira* . Rio de Janeiro, Fio-Cruz, 1995.
- GIL, ANTONIO CARLOS. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GRUPPI, Luciano. *Tudo começou com Maquiavel: As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci*. Porto Alegre: L&PM Ed. Ltda, 1985.
- GUEDES, José da Silva. Buscando a Promoção do Bem Comum. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano I, n.2, julho. Brasília: MS, 2000.
- KAUFMAN, Roberto R. A política da reforma do Estado: Um exame de abordagens teóricas. *Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. Brasília: ENAP, ano 49, nº1 jan-mar. p. 43/69, 1998.
- LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. (Org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- LEVCOVITZ, Eduardo, NORONHA, José Carvalho de . AIS - SUDS - SUS: Os caminhos do direito à saúde . In: Guimarães, R., Tavares, R. (org). *Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80* . Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- LEVCOVITZ, Eduardo, ARRUDA, Déa M.C, GARRIDO; Neyde Glória M. *A Responsabilidade Sanitária do Estado: Duas ou Três Coisas que sei dela*. Séries Estudos em Saúde Coletiva nº 85. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994.
- LEVCOVITZ, Eduardo, GARRIDO. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *in Cadernos Saúde da Família*. Ano I, nº 1, jan/jun. Brasília: MS, 1996.

- LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.
- LIMA JR, Olavo Brasil de. As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. *Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. Brasília: ENAP, ano 49, nº2 abr-jun. p. 05/31,1998.
- LINDOSO, José Antônio Spinelli. *Getúlio Vargas e a Oligarquia Potiguar: 1930/35*. Natal/RN: EDFURN; 1996.
- LOURAU, René. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ,1993.
- LUZ, Madel T. *As Instituições Médicas no Brasil*, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”- Anos 80. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, v.I, n.1, 1991.
- MACHADO, Heleny de O. Pena. *Controle social e agenda política do SUS no município do Cabo de Santo Agostinho*. Dissertação Mestrado de Saúde Pública/Depto. de Saúde Coletiva – NESC/IAM/FIOCRUZ, Recife, 1999.
- MACHADO, Maria Helena. A sociedade e as Organizações. *Revista de Administração Pública*. Jul/set. vol.25. Rio de Janeiro: EBAP,1991.
- MACEDO, Isa Hetzel P. *Os programas de Medicina Comunitária no RN: Dos Mini-Postos ao PIASS*. Dissertação: Mestrado em Saúde Pública- Instituto de Medicina Social – UERJ. Rio de Janeiro, 1982.
- MATUS, Carlos. *Política, Planificación e Gobierno*. Caracas. ILPES7Fundación Altadir, 1987.
- MELO, Marcus André. *Governance e reforma do Estado: o paradigma agente x principal*. *Revista do Serviço Público/ Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. Brasília: ENAP, ano 47, vol. 120, nº1 jan-abr. p. 67/81,1996.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O Sistema Único de Saúde e o Papel da Secretarias Estaduais de Saúde. *Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Vol.2. Brasília: Cultura Gráfica e Editora, 1992.
- _____. Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco,1995.
- _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson. Em busca da qualidade dos serviços de saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando uma mudança para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. et al. Por um modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *Saúde em debate*. n. 33. Londrina: CEBES, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza . *O Desafio do conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO,1992.

- OLIVEIRA, Francisco de. *Elegia para uma re(li)gião*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- OSLAK, O.; O'DONNELL, G. Estado y políticas estatales. In: *América Latina – Hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES/CLACSO, n. 4, 1976. mimeo.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia & FILHO, NAOMAR, de Almeida. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 5ª ed.
- _____. Jairnilson Silva. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: Rouquayrol, Maria Zélia & Filho, Naomar de Almeida. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 5ª ed.
- _____. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In. *Saúde, Crises e Reformas*. Salvador: UFBA/PROED, 1986.
- _____. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. *Saúde em Debate*, n.28. mar. Londrina: 1991.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Estratégia e estrutura para um novo Estado. *Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública*. Brasília: ENAP, ano 48, nº1 jan-abr. p. 05/25,1997.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Gráfica do Senado, out. 1988.
- _____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. DOU, Brasília, 19 set. 1990. in: *Legislação Básica para Gestão Municipal do SUS*. Recife/PE: NESC/IAM/FIOCRUZ, 1998.
- _____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o controle social e a transferência de recursos para os municípios. DOU, Brasília, 28 dez. 1990. in: *Legislação Básica para Gestão Municipal do SUS*. Recife/PE: NESC/CPqAM/FIOCRUZ, 1998.
- RIO GRANDE DO NORTE. *Constituição Estadual*. Natal,1989.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/ Gerência Estadual do PNACS. *Relatório de Avaliação do PNACS, 1991*. Natal/RN, 1992.
- _____. Secretaria de Saúde Pública. *Relatório de Atividades*. Natal, 1987.
- _____. Secretaria de Saúde Pública. *Relatório de Atividades da Comissão Intergestora Bipartite*. Natal, 1994.
- _____. Secretaria de Saúde Pública. *Plano Estadual de Saúde 1995/1998*. Natal/RN, 1995.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/Assessoria de Planejamento. *Relatório de Gestão de 1995 a 1997*. Natal/RN, 1998.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/Assessoria de Planejamento. *Contribuição para um Plano de Ação Institucional- Módulo I*. Natal/RN, 1998.

- _____. Secretaria de Saúde Pública/Assessoria de Planejamento. *Proposta de Governo no Setor Saúde 1999/2003*. Natal/RN, 1999.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/Assessoria de Planejamento. *Plano de Investimentos*. Natal/RN, 1998.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/Assessoria de Planejamento. *Relatório de Gestão 1998*. Natal/RN, 1999.
- _____. Secretaria de Saúde Pública/ Conselho Estadual de Saúde. *Relatório da III Conferência Estadual de Saúde*. Natal/RN, 1996.
- _____. Assembléia Legislativa. *Constituição Estadual do Rio Grande do Norte*. Natal/RN, 1989.
- ROCHA, Paulo de Medeiros, *No Limiar do Século XXI: Globalização e Saúde-Desafios de Proteção Social no Brasil dos Anos 90*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.
- ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas. *Análise do Programa Saúde da Família no Município de Natal-RN: Inovações assistenciais?*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000.
- SAMAJA, Juan. *Epistemologia y metodologia*. Buenos Aires: EUDEBA, 1993.
- SAMPAIO, M.L. et al. Análise sobre o processo de implantação do SUDS/RN. *Relatório de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública - Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição - UFRN*. Natal, 1988.
- SANTOS, Boa Ventura de Sousa. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade - 3.ed.* São Paulo: Cortez, 1997.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- _____. *Cidadania e Justiça: política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SANTOS, Nelson R. O Sistema Único de Saúde: realizando a utopia, sem perder a utopia. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 43, jun. 1994.
- SOUZA, H. M. B. et al. Processo de implantação dos distritos sanitários no RN: A experiência do Distrito Sanitário I. *Relatório de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública - Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição - UFRN*. Natal, 1989.
- SOUZA, Maria Fátima de. Saúde da Família Provoca Inovações nas Instituições de Ensino Superior. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano I, n.2, julho. Brasília: MS, 2000.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes; Paim, Jairnilson Silva; Vilasbôas, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Oficina de Vigilância em Saúde - termo de referência*. Rio de Janeiro, agosto, 1998 mimeo.

- TEIXEIRA, Sônia Fleury. O dilema da Reforma Sanitária. In: Berlinguer, G.; Teixeira, S.F.; Campos, G.W.S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.
- TINOCO, A. F. *Contribuição para o estudo dos serviços estaduais de saúde pública do Rio Grande do Norte*. Tese (doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública - USP. São Paulo, 1972.
- TESTA, Mário. Analisis de Instituciones Hipercomplejas. In Merhy, Emersom Elias e Onoccko, Rosana(orgs). *Agir em Saúde: Um desafio para o Público*. Saúde em Debate-Série Didática. São Paulo, HUCITEC,1997.
- _____. *Pensamento Estratégico e Lógica de Programação*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- _____. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TRIVIÑOS, Augusto N. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. 4."ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do RN*. Natal/RN, 1998 mimeo.
- VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. In: Mendes, Eugênio Vilaça. *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- VASCONCELOS, C.M. Notas sobre a evolução da política de saúde no Rio Grande do Norte. In: NESC. *Relatório de Pesquisa sobre a avaliação das ações de saúde do Projeto Nordeste-PNE, no RN*. Natal, 1996.
- _____. *Atores e Interesses na Implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais/UFRN.Natal, 1997.
- VERGARA, Sylvia Constant. *Sugestão para estruturação de um projeto de pesquisa*. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, Cad. Pesquisa, n.02, 1991. Mimeo.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. V.30, n.2. 1996.
- _____. *Projeto Avaliação do Programa de Saúde da Família*. IV Relatório Parcial: terceira versão do *paper* e análise dos dados. Brasília: MS, 2000 mimeo.

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

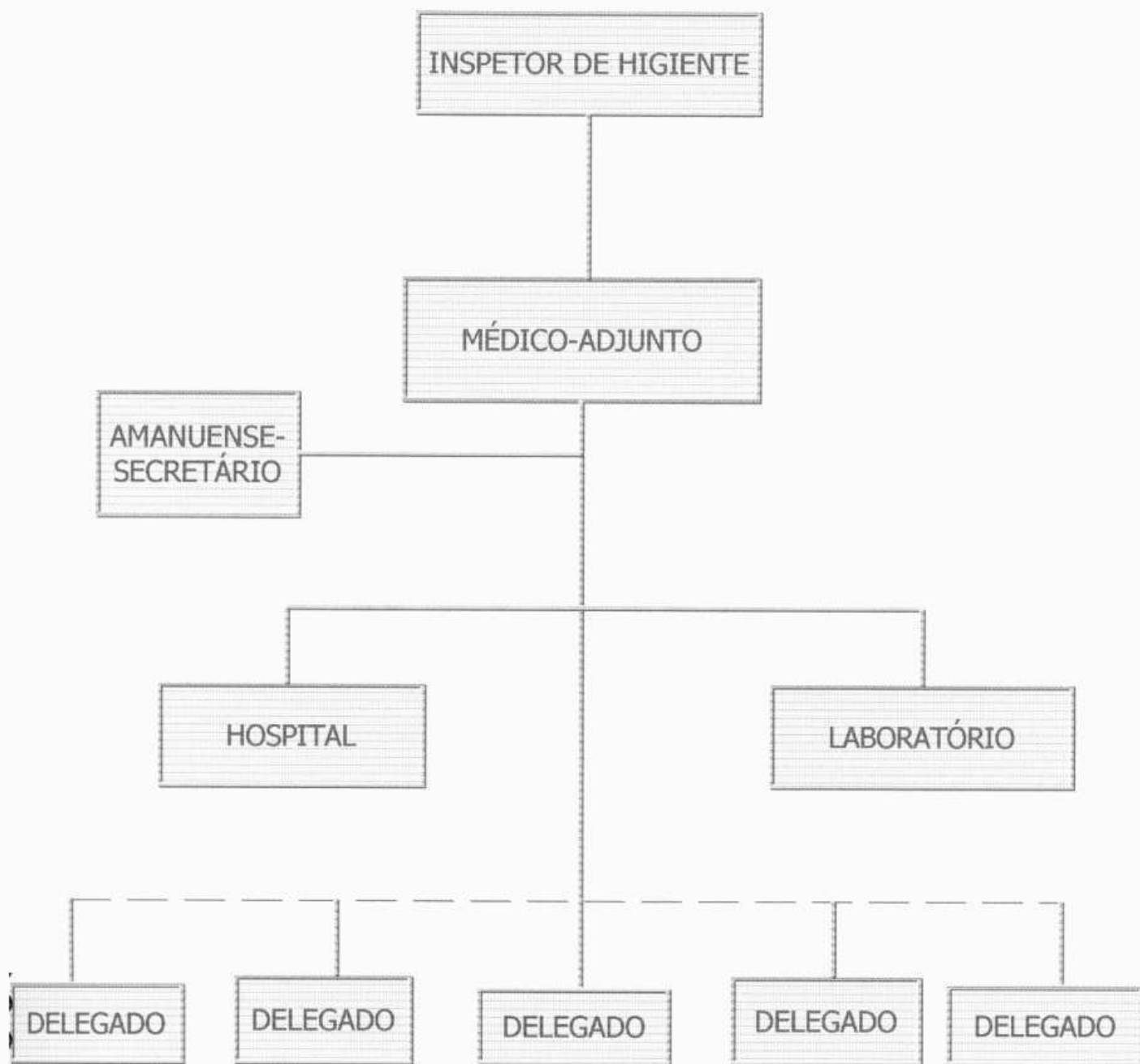
Roteiro aplicado com os Secretários Estaduais de Saúde, Presidente de COSEMS e os técnicos da SSAP/RN, ligado aos processos de reforma administrativa, os coordenadores do programa e os conselheiros de saúde.

- 1- O que você entende por PSF?
- 2- Quais foram os atores envolvidos no processo de implantação do PSF, no RN?
- 3- Como foi o processo de negociação política para a implantação do programa?
- 4- Você considera que o PSF foi uma prioridade dentro da agenda do governo estadual?
- 5- Por que o Sr. Considera uma prioridade ou não?
- 6- Você considera que o PSF foi prioridade na sua gestão administrativa?
- 7- Por que o Sr. Considera prioridade ou não?
- 8- Quanto ao PSF, o proposto na agenda de governo se transformou em ação de governo?
- 9- Através de que mecanismos de governo o Sr. observa essas realizações?
- 10- Que tipo de apoio institucional foi dado para a implantação do PSF no RN, pela SSAP?
- 11- Na sua opinião o PSF consegue imprimir mudanças nas práticas de gestão da SSAP/RN?
- 12- Quais os pontos visíveis dessas mudanças?
- 13- O PSF influenciou as reformas administrativas ocorridas em sua gestão?
- 14- Quais foram essas mudanças?
- 15- Por que foi necessário fazê-las?

OBS: Dada a posição do ator algumas das perguntas serão adaptadas tentando perceber como ele visualiza o processo na posição dele, as perguntas referentes a prática de governo serão suprimidas.

Anexo 2

Organograma 1º Ciclo



Inspetoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Norte, 1892

Lei nº 14, de 11.06.1892

Fonte: Tinôco, 1972

Anexo 3

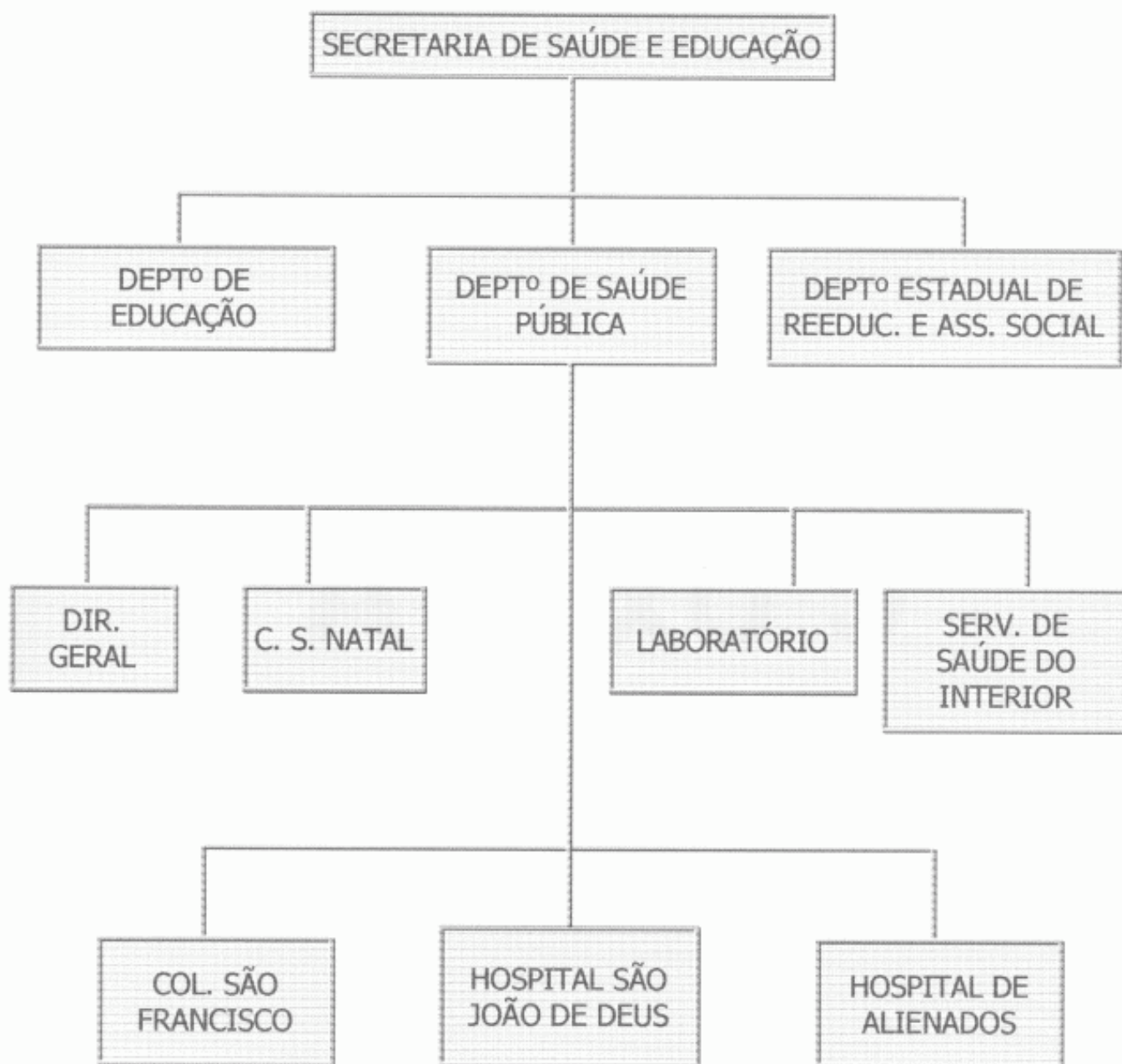
Organograma 2º Ciclo - 1º Subciclo



*Departamento Geral de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, 1933
Decreto nº 557, de 23.12.1933
Fonte: Tinôco, 1972*

Anexo 4

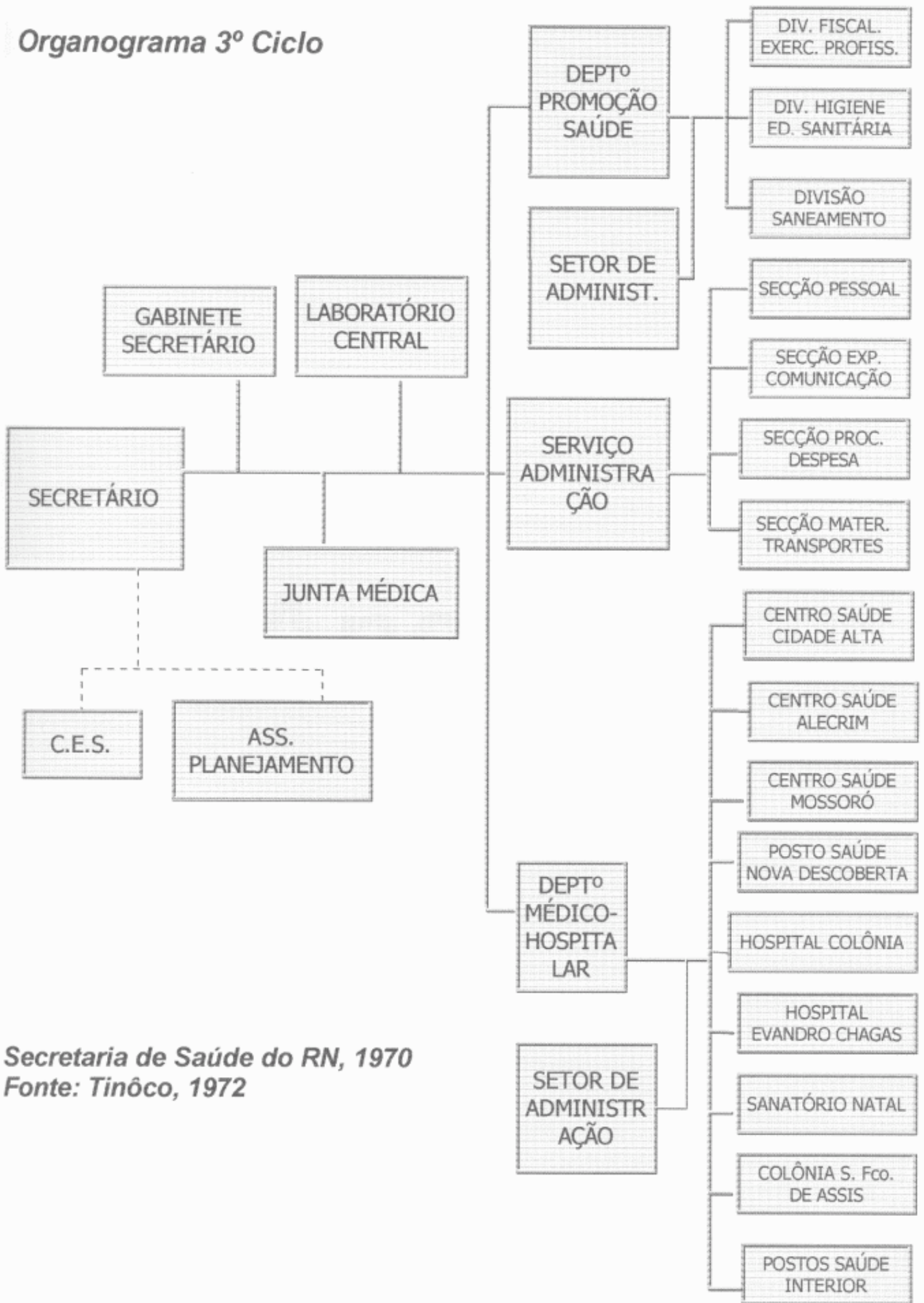
Organograma 2º Ciclo - 2º Subciclo



Secretaria da Educação e Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, 1953
Lei nº 1.047, de 12.12.1953
Fonte: Tinôco, 1972

Anexo 5

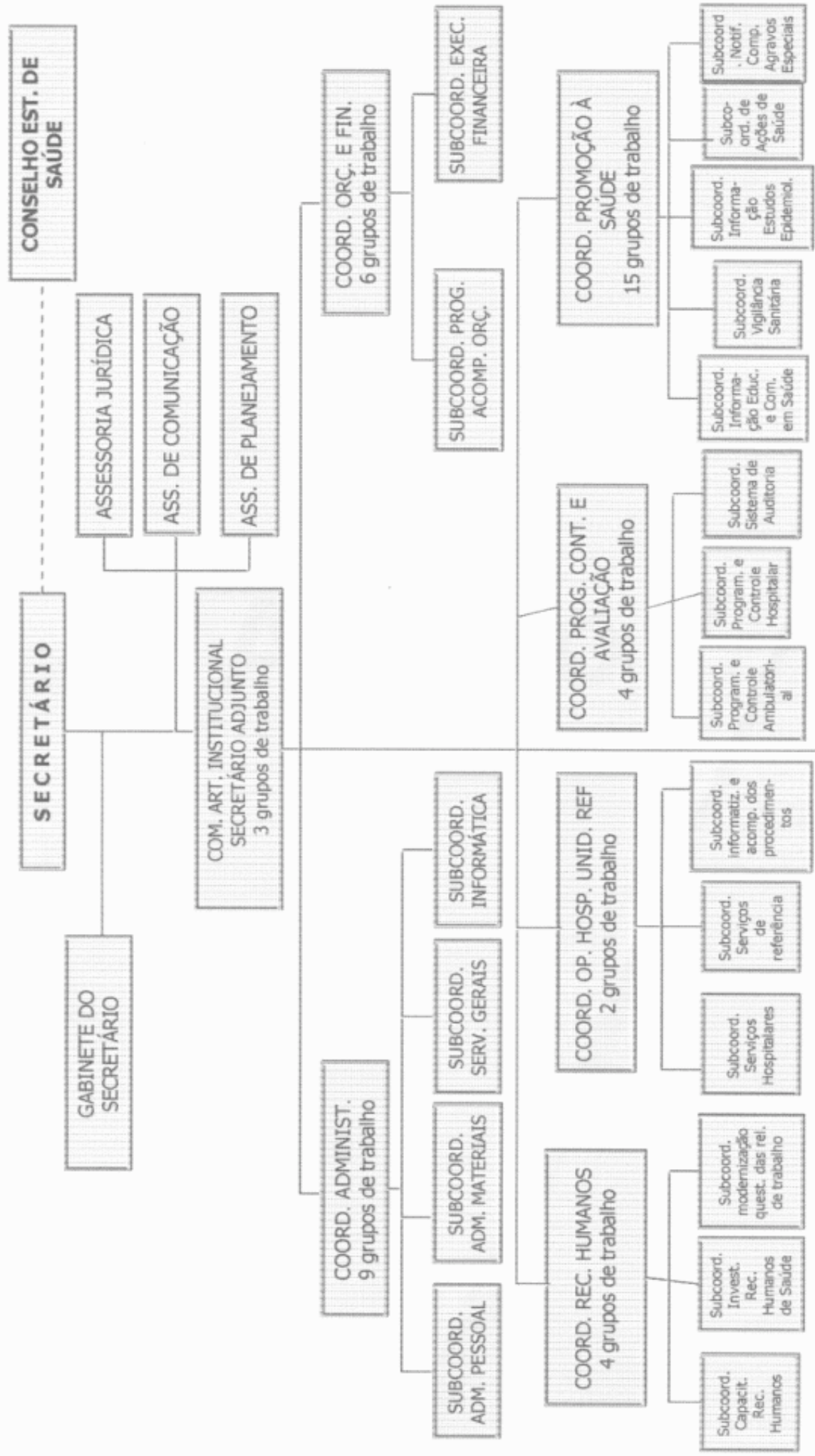
Organograma 3º Ciclo



Secretaria de Saúde do RN, 1970
 Fonte: Tinôco, 1972

Anexo 6

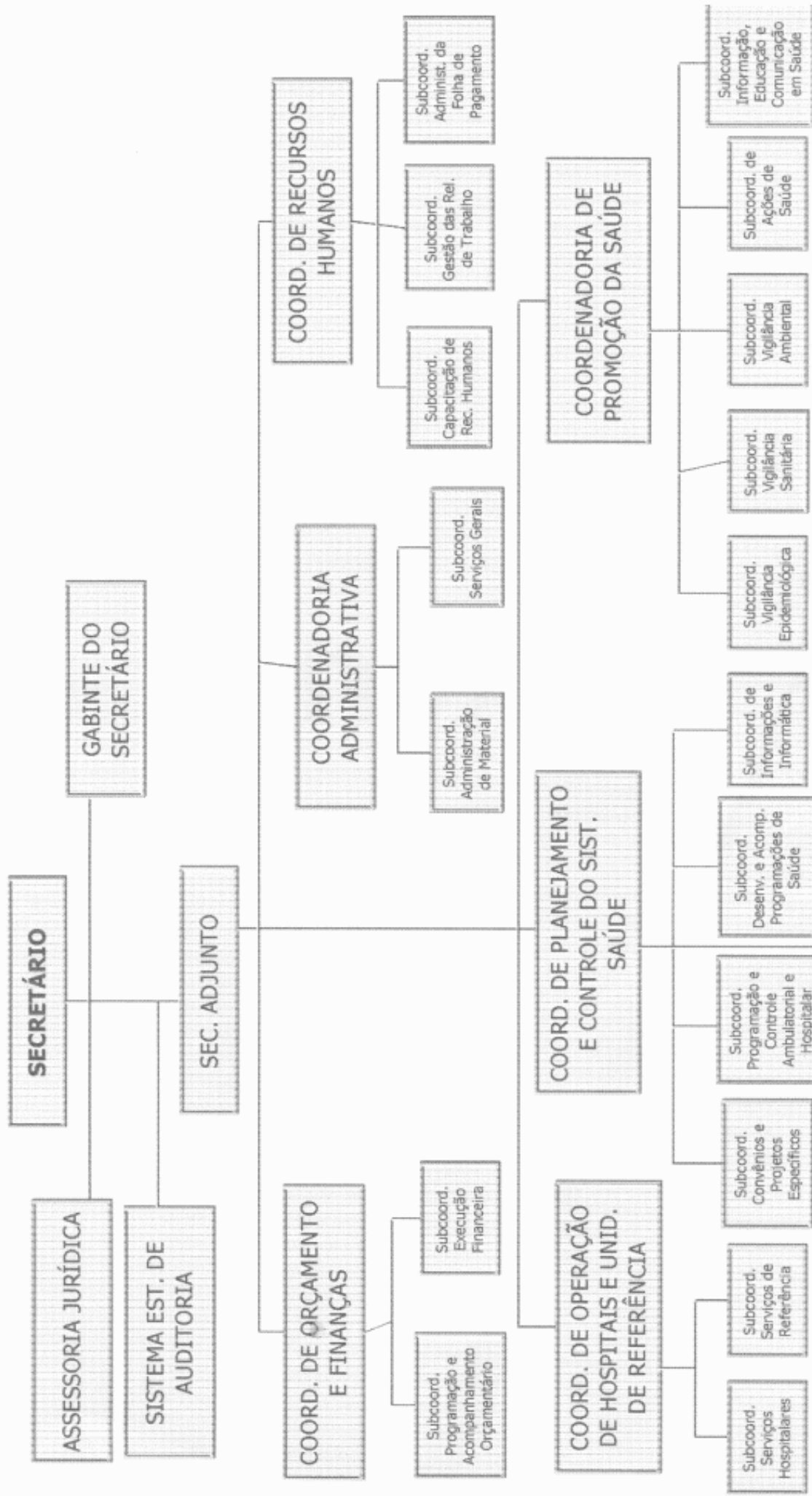
Organograma 5º Ciclo - Gestão Ives Bezerra



ESCRITÓRIOS TÉCNICOS DE APOIO AOS MUNICÍPIOS

Anexo 7

Organograma 5º Ciclo - Gestão Gilson Marcelino

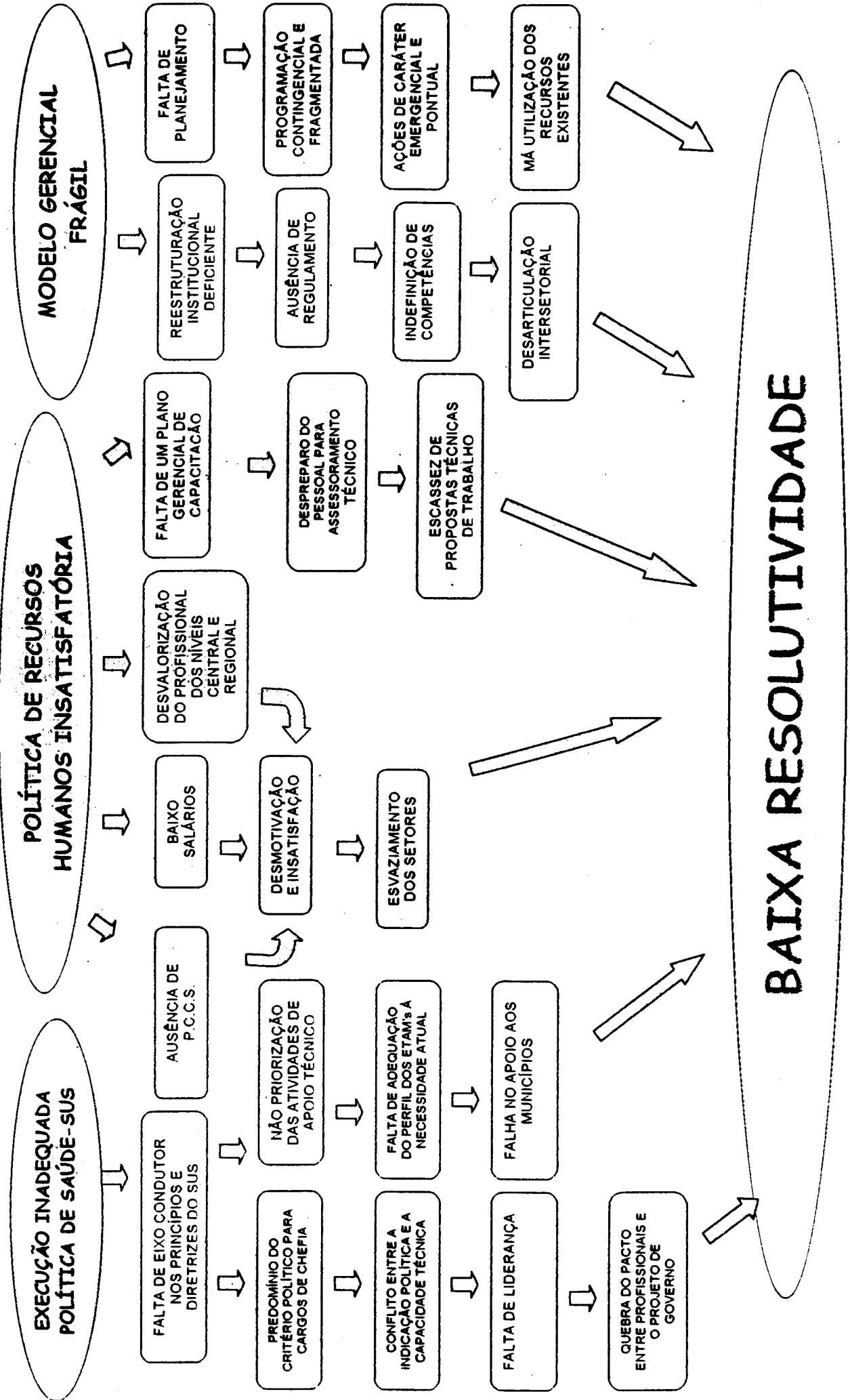


06 ESCRITÓRIOS TÉCNICOS DE APOIO AOS MUNICÍPIOS

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 1999
 Fonte: SESAP/RN, Decreto nº 14.313, de 10.02.1999

Anexo 8

REDE EXPLICATIVA DA SSAP / RN



Anexo 9

QUADRO 7 – COMPARATIVO DOS RECURSOS DO TESOIRO DESTINADOS À SAÚDE, POR ELEMENTO DE DESPESA, DE 1995 A 1999, PARA A SESAP/RN

ANOS	PESSOAL (a)	CUSTEIO (b)	INVEST. (c)	TOTAL (d)	RECEITA DO TESOIRO (e)	% e/d (TOTAL)	% e/a (PESSOAL)	% e/b (CUSTEIO)	% e/c (INVEST)
1995	72.805.463,96	6.072.909,45	840.249,57	79.718.622,98	673.863.428,27	11,83	10,80	0,90	0,13
1996	78.849.203,00	13.648.645,96	6.601.148,06	99.098.997,02	809.634.046,00	12,24	9,74	1,68	0,82
1997	83.310.719,31	12.090.231,10	826.239,11	96.227.189,52	944.174.416,00	10,19	8,82	1,28	0,09
1998	93.287.127,08	36.712.932,35	264.922,55	130.264.981,98	1.161.837.133,00	11,21	8,15	3,21	0,02
1999	91.219.235,74	29.422.830,72	13.874.073,29	134.516.139,75	1.271.632.786,89	10,58	7,17	2,31	1,10