

CARMEN CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

***SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NO BRASIL:
ORGANIZAÇÕES EM PROCESSO DE MUDANÇA***

CAMPINAS

2003

i

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

CARMEN CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 27 de Fevereiro de 2003.



Prof. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros
Coordenadora

**SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NO BRASIL:
ORGANIZAÇÕES EM PROCESSO DE MUDANÇA**

Tese de Doutorado apresentação à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Capinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: DR^a ANA MARIA CANESQUI

CAMPINAS

2003

2003 28608

UNIDADE	88
Nº CHAMADA	1/unicamp L399s
V	EX
TOMBO BC	55432
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	30/08/03
Nº CPD	

CM00188254-4

BIB ID 298914

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L399s

Lavras, Carmen Cecília de Campos

Secretarias de Estado da Saúde no Brasil: organizações em processo de mudança / Carmen Cecília de Campos Lavras. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Ana Maria Canesqui

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. *Sistema de saúde. 2. *Política de saúde. 3. *Descentralização.
I. Ana Maria Canesqui. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

CARMEN CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

ORIENTADOR: Profª Drª ANA CANESQUI

MEMBROS

1. _____

Profº Drº Carlos Roberto Silveira Corrêa

2. _____

Profª Drª Elisabete Matallo Marchesini de Pádua

3. _____

Profº Drº Luciando Antônio Prates Junqueira

4. _____

Profº Drº Nelson Rodrigues dos Santos

DEFENDIDA EM 27/02/2003

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais **Alba e Gilberto** (em memória) pela dignidade e respeito
que souberam imprimir em suas atividades profissionais.*

*Aos meus filhos **Marcelo, Thiago e Gustavo**, que iluminam
o meu cotidiano.*

Este trabalho só pode ser realizado com a contribuição de um conjunto de instituições e de pessoas.

À PUC-Campinas que nos últimos 20 anos vem me proporcionando um rico processo de vivência profissional.

Ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP de onde recebi apoio desde o início de meu processo de formação profissional.

À Secretaria de Políticas de Saúde e ao Projeto REFORSUS, que possibilitaram através do "Projeto Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS" o acesso às Secretarias Estaduais de Saúde.

Ao Cláudio Duarte, ao Elias Rassi e à Jonice Vasconcelos pela confiança em mim depositada.

Ao Mário Grassi, ao Jaime Adriano, à Ana Paula R. Corrêa, à Sônia Saldanha, à Margarida Freire, à Maria Moema Britto, à Kátia Rodrigues, à Elisabeth Albuquerque, à Regina Calainho e ao Vinícius P. Queiroz que, enquanto equipe técnica responsável pelo acompanhamento do "Projeto Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS", compartilharam desta "empreitada" e contribuíram com a coleta de informações junto às Secretarias Estaduais de Saúde.

Ao Domenico, à Teresa, à Zezé, à Lenita, à Regininha, ao Orlando, à Solange, à Cris Restitutti, ao Avancini e à Tizuko, que além de amigos e integrantes do mesmo grupo de trabalho, sempre possibilitaram as reflexões inerentes à este tipo de estudo e contribuíram com o meu desenvolvimento profissional.

À Regina Célia G. Marcondes que nos últimos 16 anos tem com sua competência, auxiliado a organizar o meu dia-a-dia.

À Regis Amara de Oliveira pela incansável colaboração na organização e digitação dos meus trabalhos.

À Ana Canesqui que enquanto orientadora soube estabelecer um relacionamento amistoso e produtivo, mesmo frente as "condições adversas" que marcaram a elaboração deste estudo.

E finalmente, mais uma vez, ao Domenico, que como amigo e "companheiro de batalha" durante os últimos 25 anos, foi incansável e deu uma colaboração imprescindível à realização deste estudo.

	PÁG.
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
APRESENTAÇÃO	33
1. INTRODUÇÃO	37
1.1. Objeto de estudo.....	39
1.2. Metodologia.....	41
1.2.1. Marcos conceituais.....	41
1.2.2. Métodos e instrumentos.....	53
1.2.3. Sistematização dos dados.....	56
2. O PAPEL DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NO SUS	57
2.1. Antecedentes.....	59
2.2. Configuração do SUS.....	62
2.3. As SES e o processo de descentralização do SUS vistos através da legislação.....	67
2.4. As novas atribuições da SES.....	74
3. SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE: ORGANIZAÇÕES EM PROCESSO DE MUDANÇA	77
3.1. Análise dos dados.....	83
3.1.1. Grupo dirigente.....	83
3.1.2. Estrutura organizacional.....	90
3.1.3. Processos de trabalho.....	97

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
6. ANEXOS.....	135
Anexo 1: Etapas de trabalho nos Estados.....	137
Anexo 2: Roteiro previamente preenchido pelos técnicos da SES.....	139
Anexo 3: Roteiro de apresentação dos relatórios diagnósticos de cada SES.....	141
Anexo 4: Atividades em desenvolvimento nas SES.....	145

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
C. F.	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GO	Goiás
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PA	Pará

PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PE	Pernambuco
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins

	PÁG.
Tabela 01: Categorização de variáveis selecionadas para análise das SES.....	80
Tabela 02: Composição dos grupos dirigentes das SES.....	85
Tabela 03: Perfil dos grupos dirigentes das SES.....	86
Tabela 04: Grupo Dirigente da SES - conhecimento do setor saúde e capacidade gerencial.....	87
Tabela 05: Estruturas organizacionais das SES - situação em 2001.....	93

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1: Aspectos analisados em relação ao grupo dirigente das SES.....	84
Quadro 2: Elementos de avaliação para caracterização das Estruturas Organizacionais.....	92
Quadro 3: Atribuições, macro-funções e macro-processos das SES.....	98
Quadro 4: Gestão interna da SES.....	99
Quadro 5: Desenvolvimento da assistência à saúde no SUS.....	100
Quadro 6: Desenvolvimento de projetos e atividades de Vigilância Sanitária e do Meio Ambiente.....	104
Quadro 7: Desenvolvimento de projetos e atividades de Vigilância Epidemiológica.....	105
Quadro 8: Controle, avaliação e auditoria do Sistema Estadual de Saúde...	106
Quadro 9: Programação em saúde.....	108
Quadro 10: Gestão da informação em saúde.....	110
Quadro 11: Desenvolvimento da Comunicação Social em Saúde.....	112
Quadro 12: Gestão de Recursos Humanos em saúde.....	113
Quadro 13: Administração Geral.....	115
Quadro 14: Administração Financeira.....	116
Quadro 15: Desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa..	117



RESUMO

Trata-se de estudo que buscou identificar e caracterizar os processos de mudanças institucionais, em curso, num conjunto de Secretarias de Estado da Saúde (SES) no Brasil, na conjuntura de implementação do Sistema Único de Saúde e sob o processo de reforma do setor público no país, ocorrido na década de 90.

Trabalha-se com a hipótese de que os movimentos de mudança que vem ocorrendo nas SES são resultantes não só da pressão exercida pelo processos indicados, mas também pela capacidade do seu grupo dirigente em compreender as novas atribuições e direcionar transformações e inovações nas dinâmicas institucionais.

Partiu-se de uma concepção de mudança institucional como um processo complexo que permite diferentes enfoques, com contribuições advindas de variadas abordagens teóricas.

O estudo foi realizado em dez SES selecionadas, onde foram enfocados como elementos centrais de análise o grupo dirigente da SES, estruturas organizacionais existentes e vigentes e a organização dos processos de trabalho.

A realização deste estudo possibilitou a identificação de um conjunto de questões relacionadas tanto à metodologia utilizada, ao arcabouço jurídico-legal que dá sustentação ao próprio SUS e em particular, ao desenvolvimento da gestão estadual, quanto aos processos de mudanças em curso nas SES entendidas enquanto organizações.

O estudo apontou que as 10 SES estudadas estão hoje envolvidas no redirecionamento dos seus projetos institucionais, com vistas a melhor desempenharem as atribuições colocadas pelo SUS. Identificou-se ainda, uma grande heterogeneidade na capacidade de implementação destas mudanças, em função das diferenças encontradas nos perfis e nas competências dos respectivos grupos dirigentes dessas organizações.



ABSTRACT

This study identifies and characterizes the current processes of institutional changes occurring in Brazilian State Health Departments at the moment when the Unified Health System is being implemented together with the on-going reform process of the public sector in the country.

It works with the hypothesis that the process of changes occurring in the Health System are the result not only of the pressure exercised by the processes themselves, but also by the capability of its managing nucleus to comprehend new attributes and direction transformations and innovations in terms of institutional dynamics.

It originated from the concept of institutional change as a complex process that permits different emphases with contributions deduced from various theoretical approaches.

The study was made in 10 selected State Health Departments where the focus was on elements related to the managing nucleus or group of the Health Department, existing and operating organizational structures and the organization of work processes.

This study made possible the identification of a set of questions related to the used methodology as well as a legal theoretical framework which supports the SUS itself and, particularly, a state government management system turned to the actual changing processes at the SES seen as organizations.

The study points out that the 10 State Health Departments studied are today involved in redirecting their institutional projects in order to improve the performance of the attributes given to them by the Health System. Furthermore, it identified a great heterogeneity in the capability for implementing these changes in function of the understanding of the directors with respect to health policy and organizational requirements.



APRESENTAÇÃO

O estudo que ora se apresenta, foi formulado com o intuito de se constituir em momento de aprofundamento e discussão à respeito dos processos de transformação por que passam hoje as Secretarias de Estado da Saúde no Brasil, dentro de um cenário mais amplo de reformas que envolvem tanto nossos sistemas de saúde como todo o setor público do país.

Sua realização só pode ser concretizada através do desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Estadual do SUS, desenvolvido sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, desde junho de 2001 até a presente data, no qual tive a oportunidade de participar como consultora nacional.

Desta forma, o desenvolvimento deste estudo cumpriu também a expectativa de ordenar, aprofundar teoricamente e sistematizar conceitos e idéias à respeito do processo recente de desenvolvimento da política de saúde no Brasil e, em particular, dos processos de mudança em curso no âmbito institucional das Secretarias de Estado da Saúde, que puderam ser percebidos ao longo deste percurso.

Constam do texto além da apresentação do objeto e da metodologia do estudo, uma discussão inicial à respeito do papel das Secretarias de Estado da Saúde do Brasil na atualidade, seguida da análise dos dados obtidos junto às dez (10) Secretarias de Estado da Saúde que compuseram o universo deste estudo.

Espera-se que as análises aqui realizadas possam de alguma forma, suscitar a discussão auxiliando no aprimoramento do processo de mudança das Secretarias de Estado da Saúde neste momento de desenvolvimento do SUS, bem como contribuir com o desenvolvimento de metodologias de investigação desta natureza.



1. INTRODUÇÃO

1.1. OBJETO DE ESTUDO

Os processos de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e de implementação da reforma do setor público em curso no país, à partir de meados da década de 90, ao definirem uma redistribuição de responsabilidades entre os três níveis governamentais - federal, estadual e municipal - acabam por exigir um conjunto de mudanças nos respectivos organismos gestores do SUS de forma a melhor adequá-los ao desempenho das novas atribuições propostas.

Mudanças dessa natureza no âmbito de organizações, bem como a velocidade como se processam, tem sido apontadas por diversos estudiosos¹ da ciência administrativa como um fenômeno contemporâneo e não exclusivo da área da saúde. Segundo Motta:

*"Hoje, gerenciar uma empresa ou serviço público é gerenciar a mudança: enfrentar alterações rápidas e complexas; confrontar-se com ambigüidades; compreender a necessidade de novos produtos e serviços; garantir um sentido de direção em meio ao caos e à vulnerabilidade; e manter a calma diante da perda de significado daquilo que se ajudou a construir."*²

Mesmo considerando que qualquer instituição na atualidade esteja permanentemente se reorientando em função da velocidade com que ocorrem as transformações sociais, econômicas e tecnológicas, no caso específico das Secretarias de Estado da Saúde (SES), aqui entendidas enquanto organizações de governos de estados constitucionalmente reconhecidos como entes federativos autônomos³, e ao mesmo tempo enquanto organizações que desempenham funções gestoras em um sistema de saúde caracterizado entre outras coisas pela gestão tripartite⁴, essas mudanças tornam-se complexas e assumem ritmos bastante diversificados em cada uma.

¹ Para uma análise detalhada sobre o assunto poderão ser consultados os estudos de: 1. CHIAVENATO, In – Administração: Teoria, Processo e Prática, 3ª ed., Ed. Makron, 2000, SP; 2. MOTTA, F.C.P. Teoria das Organizações, Evolução e Crítica, 2ª ed., Ed. Pioneira, 2001, SP; 3. MOTTA, P.R. Transformação Organizacional: Teoria e a Prática de Inovar, Ed. Qualitymark, 2000, RJ.

² MOTTA, P.R. – op.cit pag. XV e XVI.

³ Para o melhor entendimento do que seja ente federativo poderão ser consultados: 1) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. 18, Capítulo I da Organização Politico-Administrativa, e Art. 25, Capítulo III dos Estados Federados; 2) MORAES, A. Direito Constitucional, 10ª ed.. Ed, Atlas, 2001, SP.

⁴ Ver art. 9º, capítulo III, Lei nº 8.080, de 19/09/1990.

Com o objetivo de avaliar essas mudanças partiu-se do conceito expresso por Chiavenato para o qual as organizações constituem-se em *“unidades sociais ou agrupamentos humanos intencionalmente construídos e reconstruídos à fim de atingir objetivos específicos ... uma organização nunca se constitui portanto, numa unidade pronta e acabada, mas em um organismo social vivo e sujeito a mudanças”*⁵.

Em termos teóricos, detecta-se, uma pluralidade de modelos de análise das organizações e conseqüentemente um grande conjunto de instrumentos correspondentes à cada um deles, interferindo substancialmente na percepção que se constrói sob um dado processo de mudança organizacional. *“Teorias de mudança organizacional formam um conjunto confuso e de difícil compreensão mesmo para pessoas mais avisadas. Em meio à variedade de objetos gestores da mudança, tendem a privilegiar algumas dimensões organizacionais em detrimento de outras, conforme a perspectiva de análise ou a teoria substantiva em que se baseiam”*.⁶

Neste aspecto, optou-se por utilizar contribuições advindas de vários desses modelos, numa perspectiva mais sistêmica de análise, conforme detalhada a seguir, com o objetivo de abordar de modo mais adequado a complexidade do objeto de estudo.

À partir deste entendimento e das várias possibilidades de abordagem, torna-se necessário melhor precisar os focos de análise sobre o objeto definido. Assim sendo, buscou-se detectar os movimentos de mudança, que vem ocorrendo na SES, à partir da análise dos posicionamentos estratégicos e dos papéis que estes gestores vem assumindo no interior da organização, e do estudo das transformações ocorridas no âmbito das respectivas estruturas organizacionais, e de seus processos de trabalho.

Fica assim delimitado como objetivo de estudo a identificação e caracterização das mudanças que vem ocorrendo no âmbito organizacional da SES, a partir de diferentes perspectivas teóricas de análise priorizando-se determinados enfoques.

⁵ Chiavenato, I.-op cit. pag 44.

⁶ MOTTA, P.R. Transformação Organizacional. Ed. Qualitymark. Rio de Janeiro, 2000.

Em termos de hipótese de trabalho, julga-se que os movimentos de mudança que vem ocorrendo nas SES são resultantes não só da pressão exercida pelos processos de implementação do SUS e de reforma do setor público, mas também da capacidade do seu grupo dirigente de compreender as novas atribuições das SES e direcionar transformações e inovações nas respectivas dinâmicas institucionais.

1.2. METODOLOGIA

1.2.1. Marcos conceituais

◆ Contribuições à partir das abordagens sobre organizações

Identifica-se atualmente, um conjunto de teorias que servem de suporte tanto às análises das organizações, quanto aos estudos de suas transformações na sociedade moderna. Entretanto, questões organizacionais e gerenciais como objetos de conhecimento são de definição recente, datando de meados do século XX e localizando-se no campo das ciências sociais.

Dada a complexidade das organizações bem como a sua natureza enquanto unidades sociais com finalidades definidas, a quase totalidade das concepções teóricas sobre as mesmas assentam-se sobre os paradigmas de ação social e sobre noções sistêmicas e ambientalistas.

No campo da ação social, as teorias sobre organizações acabam se referindo às clássicas teorias originadas das vertentes inauguradas por Durkheim, Weber e Marx e, mais recentemente, pelos positivistas, fenomenologistas ou existencialistas. Já nas análises construídas à partir de noções sistêmicas e ambientalistas, as concepções sobre organizações edificam-se sobre os paradigmas de sistemas organizacionais e das relações das organizações com o ambiente externo, social, político e econômico.

Embora não se pretenda realizar uma análise exaustiva sobre estas vertentes teóricas e sobre suas influências na constituição de determinados paradigmas para o estudo de questões organizacionais e gerenciais, considera-se de acordo com Motta⁷, que nenhuma

⁷ As abordagens sobre as concepções teóricas que embasam as diferentes abordagens sobre as questões organizacionais e gerenciais encontram-se na bibliografia já citada, especialmente em MOTTA, P. R. (2000).

delas consegue dar conta da complexidade do objeto, à medida em que realizam recortes muito específicos para as respectivas abordagens.

Considerando-se ainda, as especificidades do setor saúde na sociedade brasileira e o acúmulo de conhecimentos sobre o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, optou-se pela seleção de determinados elementos destas concepções e paradigmas que possibilitem sistematizar e suportar o presente estudo.

Ao eleger os elementos a serem utilizados, através de uma abordagem crítica das diferentes concepções teóricas para o estudo das questões organizacionais e gerenciais, é possível observar sobreposições, e como os diferentes enfoques, métodos e instrumentos fornecem dados parciais que podem ser complementares ao entendimento deste complexo objeto.

Deste modo, é possível abordar as questões organizacionais através de diferentes enfoques e olhares, cada um deles propiciando a percepção de uma parte do objeto. Entretanto, a compreensão mais adequada e mais completa do objeto somente tem sido possível, no atual estágio de conhecimento, pela integração dos conhecimentos parciais que cada abordagem propicia.

Tendo em vista estas características da evolução do conhecimento em relação às questões organizacionais e gerenciais, busca-se identificar na seqüência os elementos teóricos e metodológicos selecionados para o presente estudo.

Partindo-se de uma concepção mais genérica, as organizações são entendidas como mecanismos que processam informações e recursos (*inputs*) e devolvem novas informações e produtos (*outputs*):

Nesta concepção de organização isolada do todo social, a eficiência e a eficácia estariam relacionadas à qualidade dos *inputs* e dos processos de trabalho, no seu interior, que propiciam o *output* de determinados produtos e informações. Neste modelo as informações de entrada e os recursos devem ser selecionados de acordo com os objetivos da organização, relacionados aos produtos que ela exterioriza.

Assim, as diferentes organizações se comportariam como organismos únicos que auto-processam e lançam no meio seus produtos. Deste modo a organização estaria centrada apenas na sua missão específica e seus produtos seriam totalmente por ela definidos, conseqüentemente os recursos necessários a seu funcionamento devem ser adequados a missão e aos produtos, originando mecanismos rígidos de controle e adequação destes recursos. Trata-se do modelo taylorista de linha de produção transposto para a organização, associado ao modelo de controle burocrático weberiano, nos quais os gerentes e as atividades de mando e coerção possuem papel de destaque.

Este modelo de organização constituiu a base de sustentação para as empresas capitalistas privadas, que objetivavam apenas o lucro e o acúmulo de capital. Historicamente mostrou-se limitado e insustentável à medida em que: crescia a competição no próprio mercado econômico; o modelo de livre-mercado mostrava-se incapaz de prover as necessidades da sociedade; diferenciavam-se os sistemas políticos, rumo a modelos democráticos e socialistas; e as preocupações ambientais e ecológicas apontavam para o esgotamento dos recursos e a inviabilidade dos modelos políticos e sociais vigentes.

Neste processo, novos elementos foram adicionados ao modelo anterior na perspectiva sistêmica e ambiental. Enquanto enfoque sistêmico, a organização passa a ser encarada como parte de um sistema social mais amplo (ambiente externo) e integrante de sistemas setoriais, como por exemplo os diferentes setores econômicos – primário, secundário e terciário – os diferentes setores públicos – educação, saúde, cultura, habitação, meio ambiente, entre outros - ou os diversos setores sociais com variados recortes.

Da introdução destes elementos emergem como preocupações centrais as relações entre organizações, sociedade e meio ambiente por um lado e, por outro as relações entre organizações de um mesmo setor, de modo que já não é possível pensar a organização como uma unidade isolada, mas sim como um objeto que se caracteriza e evolui guardando importantes relações com o meio e com outras organizações. Ou seja, tanto suas formas de organização e a própria evolução da sociedade influenciam na sua configuração, quanto as formas de organização características do setor no qual está inserida.

No que diz respeito à relação da organização com a sociedade, crescem em importância as diretrizes e políticas que esta sociedade define pressionando as organizações a se articularem politicamente na defesa de seus interesses. Enquanto pertencente a um setor específico, as organizações passam a definir quais são os seus propósitos específicos de modo a se constituírem em partes de uma rede sistêmica ou de cadeias produtivas.

Neste segundo enfoque o cliente passa a se constituir numa categoria central, seja o cliente enquanto cidadão consumidor de serviços e produtos, ou seja enquanto uma outra organização que também passa a consumir produtos e serviços. Neste aspecto o cliente é considerado como representante dos complexos elementos que formam a sociedade mais abrangente, portador de necessidades e interesses a serem satisfeitos pela organização moderna.

Nesta perspectiva a organização deve estar permanentemente preocupada com a transformação à medida que a sociedade evolui e a clientela se modifica em termos de necessidades, exigências e interesses. A busca contínua de adaptações às mudanças pressiona as organizações na busca de inovações e de informações cada vez mais detalhadas do meio, das outras organizações e do indivíduo.

Do ponto de vista interno das organizações, a mudança de paradigmas do primeiro para o segundo enfoque tem provocado movimentos de mudança e transformações cada vez mais acelerados, à medida que a sociedade e os indivíduos tem experimentado, nas últimas décadas, grandes avanços tecnológicos, de conhecimento, e de organização da sociedade. Neste aspecto, emerge o modelo de organização flexível em constante mutação e adaptação, no qual o gerenciamento da informação, a incorporação de tecnologias e as inovações configuram-se como preocupações centrais das atividades gerenciais.

Na organização flexível além do conhecimento, ganham destaque os recursos humanos na medida em que se constituem em elementos centrais que podem propiciar a constante análise do meio externo, dos movimentos da sociedade, das inovações tecnológicas e, portanto necessários a adaptação e sobrevivência da organização. Nesta perspectiva, o indivíduo enquanto capital humano constantemente atualizado e acumulado, passa a se constituir num elemento cada vez mais valorizado.

Na constituição de ambos os enfoques indicados, as teorias e paradigmas formulados para compreender a evolução das organizações na sociedade bem como o seu funcionamento interno, têm incidido sobre diferentes elementos, seja privilegiando o fator humano, seja a tecnologia, a inovação e a informação, seja o meio externo e interno, seja os instrumentos e mecanismos de gestão.

Um terceiro enfoque teórico sobre organização pode ser identificado no campo da sociologia, onde a organização é vista como resultante da institucionalização de mecanismos sociais de controle, objetivando determinados fins e efeitos, como no caso das organizações dos setores jurídicos, políticos e de setores sociais - hospitais, hospícios, prisões, escolas, entre outras - com a finalidade de manutenção de um certo modelo de sociedade – escravagista, feudal, capitalista ou socialista⁸.

Neste enfoque as organizações são resultantes do modo de produção predominante e da dinâmica social, guardando estritas relações com a base econômica da sociedade, com suas relações de produção e com as classes sociais que a partir daí se organizam.

Assim, é possível detectar um grande conjunto de concepções sobre organização que incluem desde aquelas que consideram as empresas e as instituições como organizações das classes hegemônicas com objetivos únicos de manutenção do *status quo*, até aquelas que as consideram como estruturas históricas e permeadas de contradições à medida que diferentes projetos de sociedade, de diversas classes sociais, disputam os espaços institucionais para a implementação de seus respectivos projetos.

Na primeira perspectiva, as organizações possuem missão e objetivos únicos de manutenção da hegemonia das classes dominantes, constituindo-se em aparelhos destas classes. Na segunda perspectiva, as organizações caracterizam-se pela sua dinâmica e pela sua constante mudança, à medida que a disputa entre classes, frações de classe e grupos

⁸ - A respeito destas concepções, embora não existam teorias sistemáticas sobre organizações, os elementos podem ser observados nas obras de: 1. IANNI, O. (organizador) e FERNANDES, F. (coordenador). Marx, Sociologia, Ed. Ática SP, 3ª ed., 1982, especialmente pags. 30-42; 2. MACHADO, R. – Michael Foucault: Microfísica do Poder, Ed. Graal, RJ, 1979; 3. LUZ, M. T. – As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, Ed. Graal, RJ, 1979.

buscam moldá-las aos seus interesses e concepções, ou seja, as organizações também se constituiriam em arena de disputa de diferentes projetos de sociedade.

Ambas as concepções valorizam as relações da organização com o desenvolvimento da sociedade, onde as organizações seriam, tanto frutos da sociedade, quanto elementos de sua manutenção. Deste modo são exaltados os seus aspectos históricos, sociológicos e econômicos, ou seja as instituições seriam elas mesmas históricas e expressões das formas de organização social.

Nestes modelos, uma organização específica caracteriza-se pelos grupos de interesse e pelas concepções que a atravessam, por referência à organização da sociedade, e a sua estruturação e funcionamento seriam decorrentes dos mesmos. Deste modo, o projeto do grupo institucional hegemônico constitui-se no elemento mais valorizado, bem como a capacidade gerencial em transformar este projeto em ações.

◆ **Contribuições à partir dos modelos de avaliação de políticas públicas**

Paralelamente, levando-se em conta as contribuições acerca da Avaliação de Políticas Públicas, como um recente arsenal de paradigmas e metodologias, é possível identificar outros elementos que irão auxiliar no detalhamento do presente estudo.

Por outro lado, as preocupações acerca da avaliação de implementação de políticas públicas têm acentuado dois elementos centrais, o conhecimento dos processos inter – organizacionais necessários para que determinada política se efetive e os processos de negociação entre os atores e sujeitos envolvidos com a mesma, como os tomadores de decisões, os gerentes, os administradores e os técnicos dos vários setores implicados. Neste aspecto são detalhados vários elementos encontrados em estudos desta natureza, entre eles⁹:

- Foco do estudo na complexidade da ação conjunta;
- Papel das relações intergovernamentais;
- Papel da trama de interesses que cercam os programas governamentais;
- Atores e sujeitos implicados no processo de implementação;

⁹ - SUBIRATES, J – La puesta en práctica de las políticas públicas in *Análises de políticas públicas y eficacia de la administracion*, Min. Para la Administraciones Públicas, Madrid, 1994, pag. 101 – 108.

- Importância do “jogo” social que se estabelece entre os atores destacando a importância da mediação e da persuasão, a necessidade de contar com o apoio do conjunto de tomadores de decisões e a preocupação em evitar “gargalos” futuros na implementação das políticas;

Subirates¹⁰ identifica ainda alguns métodos de análise da implementação de políticas públicas, detalhando questões para serem enfocadas nestes estudos. Dentre os estudos destaca o modelo administrativo racional weberiano centrado na análise dos seguintes elementos:

- Canais e formas de comunicação dos objetivos e metas a serem alcançadas entre os atores, buscando a sua colaboração;
- Transmissão adequada de ordens e instruções, coerentes com os objetivos propostos;
- Quantidade de recursos disponíveis e que podem ser mobilizados;
- Condições econômicas, políticas e sociais globais nas quais a referida política é implementada, destacando o papel da opinião pública e dos interesses de grupos atingidos, de modo positivo ou negativo.

Este modelo destaca as ações de integração inter-organizacional e de controle e pressupõe a existência de objetivos legalmente estabelecidos e de metas claras a alcançar, ou seja, está assentado em decisões racionais e características administrativas ideais.

Os limites deste modelo e suas críticas estariam relacionados ao fato de que *“las políticas son a menudo resultado del compromiso entre valores conflictivos y las decisiones en que se fundan acostumbran a ocultar ajustes de todo tipo com los intereses clave afectados por la puesta en práctica del programa de actuación”*¹¹, de modo que se torna problemático avaliar se os efeitos de uma determinada política foram alcançados apenas pela sua implementação, através da administração pública, ou se outros efeitos e fatores intervenientes foram mais importantes no alcance de seus objetivos.

¹⁰ - SUBIRATES, J. - Idem op. cit.

¹¹ - SUBIRATES, J. - Idem op. cit., pag. 113.

Neste sentido Subirates detecta uma nova perspectiva centrada na reconstrução dos efeitos alcançados pela política pública em estudo, no sentido de determinar quanto dos impactos podem ser explicados pela atuação das organizações implementadoras de determinada política pública e quanto, destes impactos, respondem a elementos e causas externas a estas organizações.

Metodologicamente propõe partir dos impactos produzidos e progressivamente refazer o caminho até a tomada de decisão, levando-se em conta:

- As interações entre os órgãos administrativos e destes com os sujeitos externos a eles, de modo a perceber se as demais organizações governamentais e as “clientelas” da organização foram responsáveis pela implementação de mudanças de conteúdo ou de ações – “policy network” ou “rede de atores institucionais e sociais”;
- Em que medida os responsáveis pelas ações operacionais, daquela política, foram influenciados, na sua atuação, pelo fato de estarem inseridos na cadeia de decisões próprias da política em questão;
- As reais influências do programa de ação governamental nos resultados finais da política em foco.

Além desses aspectos mais globais, um outro nível de análise, que faz parte do escopo do presente estudo, relaciona-se aos processos de trabalho implementados tendo como referências as mudanças no núcleo gestor da SES e da estrutura organizacional. Neste aspecto emerge como preocupação o papel da burocracia na Administração Pública como elemento indispensável a implementação de mudanças.

Para esta abordagem, a burocracia não pode ser considerada apenas nos aspectos weberianos, na medida em que este modelo pressupõe uma clara distinção entre cúpula decisória e núcleo operacional, no qual este último atuaria de modo cego e indiferente, realizando procedimentos formalizados para alcançar objetivos fixados pela linha de mando político. Neste modelo a formulação de estratégias estaria claramente

diferenciada de sua operacionalização e o ambiente, em que se opera, seria estável e não provocaria mudanças nos processos de decisão e de implementação¹².

Entretanto, o fato de as doutrinas administrativas se preocuparem sistematicamente com os mecanismos de controle da burocracia, com o objetivo de diminuir o nível de discernimento autônomo do funcionário quanto a realizar ou não uma ação inscrita no âmbito de implementação de uma política (discricionariedade), demonstra a impossibilidade de assumir o modelo weberiano. Em outro sentido, o cumprimento extremado das normas burocráticas também tem sido apontado como uma das formas de “boicote” do funcionário burocrático a determinadas ações, o que demonstra o limite do modelo weberiano quando se utilizam suas próprias concepções.

Estas constatações chamam atenção para os recursos que a burocracia possui e que explicariam o seu papel no processo de implementação de políticas públicas. Neste aspecto, concorda-se com Subirates que identifica como recursos:

- O controle sobre a informação e sua capacidade profissional e técnica;
- O conhecimento sobre o que realmente está ocorrendo na aplicação dos programas públicos, incluindo o grau de aceitação que originam e as suas falhas;
- A rede de contatos formais e informais no interior da Administração Pública e fora dela, inclusive com a cúpula decisória, conferindo-lhe uma enorme influência;
- A sua permanência nos locais de implementação das políticas públicas, em distintas administrações, constituindo-se no recurso mais eficaz permite absorver ou neutralizar determinadas políticas e ações;
- A capacidade de elaboração de alternativas para o desenvolvimento das políticas públicas e

¹² - SUBIRATES, J – El papel de la burocracia en el proceso de determinacion e implementacion de las políticas públicas in *Análises de políticas públicas y eficacia de la administracion*, Min. Para la Administraciones Públicas, Madrid, 1994, pag. 125 – 161.

- A capacidade de execução dos programas de ação no processo de implementação.

Estes aspectos indicam que não basta um bom plano de ação e nem recursos suficientes, mas que é preciso levar em conta a disposição dos implementadores do plano e sua articulação com a estrutura da organização e com o meio externo onde irão ocorrer as ações.

◆ Contribuições à partir dos estudos sobre grupos dirigentes

Há forte relevância do corpo técnico e burocrático de administração pública na estrutura, na formação da agenda e na defesa dos interesses do SUS.

A ação destes especialistas no âmbito das políticas públicas, conforme lembra Ribeiro¹³ tem sido estruturada por alguns autores, dentre eles Oliveira & Teixeira¹⁴ que demonstram a ação das atuaristas na modelagem da previdência social brasileira; Schraiber¹⁵ demonstrou a importância do corpo técnico na programação dos serviços de saúde; Costa¹⁶ mostrou o papel das comunidades acadêmicas na formulação das políticas de saúde e de saneamento no Brasil, da mesma forma que Merhy¹⁷ concentrou-se na análise do papel dos sujeitos na formulação da política de saúde através das opções por determinados modelos técnicos-assistenciais. No geral estes estudos centraram-se mais no processo de formulação das políticas, identificando grupos que canalizam dados interesses neste processo.

Por outro lado, quando se reflete sobre a ação de técnicos e especialistas ou de grupos dirigentes nas organizações, pode-se não considerá-los apenas enquanto agentes autônomos, mas também como subordinados e articulados a centros decisórios das organizações e passíveis de sofrerem a intervenção de demandas sociais e políticas, e a ação de outras organizações e grupos de interesse societários.

¹³ RIBEIRO, J.M. Estruturas técnico-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS. Uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (org) *Política de Saúde e Inovação Institucional - Uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro, ENSP, 1996, p. 51-67.

¹⁴ OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.M. (1986). (In) *Previdência Social*, Rio, Petrópolis. Ed. Vozes, 1986.

¹⁵ SCHRAIBER, L.B. (org) *Programação em Saúde hoje*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.

¹⁶ COSTA, N.R. *Justiça Urbana, Saúde e Saneamento na agenda social dos anos 80-90*. Tese de Doutorado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de São Paulo, 1996.

¹⁷ MERHY, E.E. *A Saúde Pública como Política*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1992.

Portanto, como indica Mendes¹⁸ não se tratam apenas de agentes pertencentes a uma tecno-burocracia do Estado conformada principalmente por normas e condutas burocráticas. No caso dos grupos dirigentes das SES, objeto de uma das abordagens do presente estudo, pode-se considerá-los como atores que possuem maior liberdade de interpretar as diretrizes e normas do SUS, de organização da própria SES, bem como de formulação e implementação de estratégias, planos e projetos articulados a diferentes interesses da administração pública estadual e a diversos sub-setores da saúde no território do estado.

Além disso, dada a configuração do modelo político brasileiro e as formas de organização das equipes que assumem a direção da estrutura administrativa dos governos, a margem de liberdade dos grupos dirigentes das SES é ampliada na medida em que buscam adequar o funcionamento e as respostas desta estrutura aos interesses, compromissos e projetos dos atores que se organizam e articulam com o núcleo de poder estadual.

◆ Elementos Selecionados

De qualquer modo, dos modelos explicitados podem ser indicados elementos a serem utilizados no presente estudo. Um deles seguramente diz respeito às relações da organização com a sociedade e o setor específico a que se refere. Neste aspecto tanto a análise do desenvolvimento social brasileiro quanto de suas políticas de saúde mais recentes devem fornecer o quadro onde a SES irão se inserir, bem como as pressões e contradições com as quais deve operar.

Com respeito a esta dimensão, foram eleitos dois enfoques centrais, um relacionado ao próprio desenvolvimento do Sistema Único de Saúde numa perspectiva histórica e social e outro relacionado ao papel do Estado, enquanto projeto de reforma do setor público proposto nas últimas décadas, que coloca em evidência as concepções e os projetos sobre estado, sociedade e políticas públicas.

¹⁸ MENDES, E.V. *Uma agenda para saúde*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1996.

No âmbito de análise da SES foram escolhidos alguns elementos que buscam auxiliar no estudo dos movimentos e das transformações em curso nestas organizações. Deste modo, serão privilegiadas as abordagens sobre três aspectos:

1. Grupo dirigente da SES;
2. Estruturas organizacionais existentes e vigentes;
3. Organização dos processos de trabalho.

Em relação ao grupo dirigente da SES busca-se perceber o entendimento deste conjunto de atores, responsável pela organização do setor no território estadual e pela gestão do sistema de saúde, à respeito dos novos papéis outorgados no processo de implementação do SUS. Objetiva-se também identificar aspectos relativos a sua composição e a sua capacidade gerencial.

Através da abordagem da estrutura organizacional existente e vigente, entendendo esta estrutura não apenas como organograma, mas também como organização de unidades de trabalho e de distribuição de poder e autoridade, objetiva-se perceber como estes elementos são conformados tendo por referência as concepções e planos do grupo dirigente da SES e percebendo a correspondência entre o planejamento idealizado e a configuração organizacional existente.

A terceira abordagem, diz respeito à organização dos processos de trabalho, e pretende avaliar como os dois elementos anteriores se concretizam no exercício das funções e atividades técnicas de diferentes setores, e também na redefinição do perfil gerencial dos profissionais destes setores.

Assim, a detecção de movimentos de mudança na organização SES estaria relacionada não só à capacidade de elaboração de planos e projetos por seu grupo dirigente em consonância com o SUS, e às mudanças à partir daí implementadas no nível da estrutura e dos processos de trabalho, mas também com às transformações ocorridas no âmbito do conhecimento e das concepções utilizadas por estes dirigentes.

1.2.2. Métodos e instrumentos

Dada a complexidade do objeto e a partir dos elementos selecionados para a caracterização e entendimento dos movimentos e das transformações em curso nas SES, utilizou-se neste estudo os seguintes métodos e instrumentos:

1. Tomando-se como referência o levantamento bibliográfico realizado, elaborou-se texto onde se discutem as transformações ocorridas no setor público de saúde no Brasil à partir da implementação das políticas de saúde nas décadas de 80 e 90 e à partir do desenvolvimento do projeto de reforma do setor público iniciado na última década, identificando os fatores que potencialmente provocariam mudanças na organização SES.
2. À seguir busca-se sistematizar e analisar dados levantados e observados à respeito dos processos de mudança que vem ocorrendo em dez Secretarias de Estado da Saúde que compõem a amostra deste estudo. Estas observações e estes levantamentos realizados preliminarmente em outubro de 1999 junto a vinte e quatro SES e no período de junho à dezembro de 2001 nas dez SES selecionadas só puderam se concretizar no âmbito do “Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional de Gestão Estadual do SUS”, desenvolvido sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, no período de jun/2001 – dez/2002, no qual atuo como consultora nacional.

A seleção das SES realizada neste projeto respeitou a diversidade das unidades federadas do país, e buscou representatividade das diferentes regiões conforme pode-se observar no quadro abaixo:

REGIÃO	ESTADO
Sul	Rio Grande do Sul e Santa Catarina
Sudeste	Rio de Janeiro e Minas Gerais
Centro-Oeste	Goiás e Mato Grosso
Norte	Tocantins e Pará
Nordeste	Pernambuco e Bahia

Para o desenvolvimento deste estudo, onde serão enfocados os elementos já indicados – grupo dirigente, estrutura organizacional e processo de trabalho – foram aplicados métodos e instrumentos de forma integrada, respeitando uma abordagem sistêmica e abrangente.

Nesta perspectiva foram utilizados como métodos: entrevistas com o grupo dirigente da SES; observação dirigida sobre a dinâmica de trabalho dessas organizações; grupos focais com técnicos da SES; e análise documental.

A realização das entrevistas com o grupo dirigente das SES e o processo de observação dirigida, foram precedidos de uma fase de preparação dos profissionais¹⁹ responsáveis pelo desenvolvimento desta fase, onde através de oficinas de trabalho foram definidas as etapas de trabalho nos estados (anexo 1) e construídos os roteiros de entrevista (anexo 2) e de relatório diagnóstico de cada SES (anexo 3) a ser sistematizado. Nestas oficinas buscou-se ressaltar as atribuições de uma SES e a organização idealizada de suas unidades de trabalho (anexo 4) utilizando-se como referência contribuições advindas da análise do processo de reforma do setor público em curso no país e de desenvolvimento do SUS; a legislação vigente; e, as considerações elencadas no relatório final do “Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS – tendências e perspectivas”, realizado em outubro de 1999 pela SPS/MS²⁰.

¹⁹ Profissionais de nível superior do quadro técnico da SPS/MS, destacados para a realização das fases diagnósticas e de acompanhamento do “Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional de Gestão Estadual do SUS”

²⁰ Ministério da Saúde – Relatório final do Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS – tendências e perspectivas. Secretaria de Políticas de Saúde, mimeografado, 1999.

Já a técnica de grupo focal foi utilizada em algumas ocasiões sempre que se sentiu a necessidade de aprofundamento e/ou ampliação da discussão no âmbito interno de uma dada SES, com vistas à recolher maiores subsídios ao estudo de seu processo de mudança. Focalizando temas bem delimitados – como por exemplo: regionalização do SUS; processo de avaliação, controle e auditoria; política de desenvolvimento de RH; política de comunicação social em saúde entre outros, - a utilização desta técnica permitiu a participação ampliada de técnicos da SES e a percepção mais detalhada das mudanças em curso nos processos de trabalho dessas organizações – além de obviamente detectar necessidades a serem contempladas pelo “Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional de Gestão Estadual do SUS”.

A análise documental recai sobre os programas de saúde dos respectivos governos, planos estaduais de saúde, legislação e normatizações próprias do setor; e diagnóstico institucional e planos setoriais existentes. Através dela buscou-se extrair elementos que venham a contribuir com o estudo pretendido.

Finalmente, deve-se ressaltar que a utilização deste enfoque metodológico é referenciada pelas concepções de avaliação participativa²¹, processo freqüentemente utilizado nas avaliações institucionais e/ou de programas sociais.

Segundo CARVALHO (1999)²², *“De fato, tratando de unidades mais delimitadas (uma instituição ou um programa) a avaliação participativa torna-se procedimento rico dado que sua realização é partilhada com os agentes e beneficiários envolvidos (no programa ou instituição) permitindo para além da avaliação uma apropriação reflexiva e socializada entre os diversos sujeitos da ação em movimento”*.

Enquanto procedimento metodológico, a avaliação participativa surge à partir da pesquisa-ação e permite a participação de vários atores-formuladores, gestores e implementadores, por exemplo – no processo de avaliação institucional. Dessa forma, ficou garantida uma percepção mais abrangente dos fatores, processos e resultados que se pretendeu observar.

²¹ Para uma análise aprofundada sobre o assunto poderão ser consultados os estudos de: CARVALHO, M.C.B. in *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*, 2ª ed., Ed. Cortez, 1999, SP e BRANDÃO, C.R. *Pesquisa Participante*, Ed. Brasiliense, 1981, SP.

²² CARVALHO, M.C.B. Avaliação Participativa – uma escolha metodológica. In *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. RICO. Elizabeth M. (org.) 2ª ed. Ed. Cortez São Paulo, 1999.

1.2.3. Sistematização dos dados

Respeitando a metodologia proposta neste estudo, a sistematização dos dados referente aos enfoques centrados nos grupos dirigentes e nas estruturas organizacionais, foi construída à partir da categorização do conjunto de informações obtidas. Essa categorização encontra-se explicitada na seção referente a análise de dados.

A sistematização dos dados referentes ao enfoque centrado nos processos de trabalho foi precedida pela definição dos macro-processos necessários ao cumprimento das atribuições indicadas. Assim é que buscou-se primeiramente sistematizar as atribuições descritas na legislação (lei nº 8080 e nº 8142) e nas normas editadas pelo Ministério da Saúde (particularmente a NOB96 e a NOAS) e à partir dessa sistematização, definir as funções e os macro-processos de trabalho possíveis de serem identificados na organização. O elenco de atribuições, macro-funções e macro-processos de trabalho são também explicitados na seção referente à análise de dados.



2. O PAPEL DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NO SUS

2.1. ANTECEDENTES

As Secretarias de Estado da Saúde (SES) do Brasil, hoje entendidas enquanto organizações de governos constitucionalmente reconhecidos como entes federativos autônomos, e ao mesmo tempo enquanto organizações gestoras do SUS no âmbito de cada estado, como será discutido adiante, desempenharam ao longo de nossa história, papéis bastante diferenciados em cada um dos períodos que marcaram o desenvolvimento da política de saúde no país.

Como se sabe, desde o final do século XIX até meados da década de 60 do sec. XX, durante a vigência do modelo econômico agro-exportador e do início da transformação deste modelo urbano-industrial ocorrido à partir de 1930, o sistema de saúde brasileiro se caracterizou por um forte componente sanitário e campanhista voltado ao controle e erradicação de doenças infecto contagiosas e ao saneamento dos espaços de circulação de mercadorias. Durante este período as estruturas dos governos estaduais responsáveis por ações de saúde, buscando responder às exigências deste sistema, estruturaram-se progressivamente através de modelos organizacionais que se caracterizaram pela forte centralização burocrática e administrativa e pela execução verticalizada das ações de saúde realizadas através de campanhas ou de práticas assistenciais organizadas em função das patologias de alta prevalência e ofertadas em unidades de saúde especializadas (Centros de Saúde, Hospitais e Sanatórios).

Um novo modelo de saúde que começou a se conformar na segunda metade da década de 60 e se tornou hegemônico durante toda a década de 70, buscou responder às exigências colocadas pelo intenso processo de industrialização que marcou o país neste período. Este modelo que segundo Viana²³ *“caracterizou-se por uma alta centralização de recursos e de decisão no nível federal, a partir de uma divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde (MS) e o da Previdência Social (MPAS), através do Inamps, onde o primeiro cuidava das ações preventivas de saúde, e o segundo das ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, ações essas planejadas, controladas e avaliadas pela esfera federal”*, ampliou a cobertura previdenciária; privilegiou a prática médica curativa e especializada

²³ VIANA, A.L.A. As políticas de Saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In CANESQUI, A.M. (org) *Ciências Sociais em Saúde para o Ensino Médico*. Ed. Hucitec/FAPESP. São Paulo, 2000, p. 114.

ofertada pelo setor privado contratado em detrimento das práticas de saúde pública; e favoreceu através de um processo de intervenção estatal, o surgimento no país de um complexo médico – industrial representado pela indústria farmacêutica e pela indústria de equipamentos médico-hospitalares.

Durante a vigência deste modelo, as SES além das ações de saúde pública que já desenvolviam, passaram a responsabilizar-se também pela assistência médica aos grupos populacionais excluídos do processo produtivo.

Buscando estruturar-se para o exercício dessas novas funções, estas SES incorporaram novos métodos e instrumentos de planejamento, mantiveram um processo de normatização centralizada, estabeleceram áreas programáticas, bem como, iniciaram um processo de implantação de estruturas regionalizadas (DIRES), processo esse que assumiu diferentes dimensões e características em cada um dos estados brasileiros.

O início da década 80 foi caracterizado em termos mais gerais pelo processo de transição democrática e pela recessão econômica, e no campo específico de desenvolvimento das políticas de saúde, pela crise da previdência social e pelo estabelecimento de um movimento político socialmente bastante representativo, que definiu o projeto brasileiro de reforma sanitária, no qual foram incorporados a defesa dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde, bem como, a diretriz da descentralização para o sistema nacional de saúde.

Buscando o enfrentamento da crise da previdência social, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, formula um plano que se torna conhecido como Plano CONASP, que continha um conjunto de projetos racionalizadores e que na prática levou à proposição das Ações Integradas de Saúde (AIS). Instituídas em 1982, as AIS se assentavam sob uma lógica de universalização da atenção à saúde e da co-gestão e desconcentração dos serviços de saúde.

Neste período, também se observava em vários municípios brasileiros, a emergência de projetos de intervenção na atenção à saúde sob responsabilidade dos governos municipais, como uma das alternativas voltadas ao enfrentamento da crise crescente que naquele momento atingia tanto a medicina previdenciária quanto a saúde pública.

O desenvolvimento desses projetos distintos, porém articulados em âmbito mais amplo ao movimento brasileiro de reforma sanitária, pode ser apontado como mais um elemento determinante na constituição de um dado modelo assistencial e de uma dada forma de gestão das questões de saúde no âmbito público, centrados principalmente na constituição e administração de redes básicas de serviços de saúde pelos municípios brasileiros.

Em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que se constituiu num momento privilegiado de expressão do projeto formulado pelo movimento brasileiro de reforma sanitária e que vem dar sustentação ao processo de elaboração da nova constituição que naquele momento se inicia no Congresso Nacional, bem como influenciar o poder executivo na formulação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ocorrida em 1987. *“As AIS visavam repassar recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais (de Saúde) como meio de implementar a integração de ações, e expandir a rede de serviços e promover contratação de novos servidores.*

Os SUDS constituiu novo passo no sentido da descentralização pró-setor público: através de um conjunto de convênios com as Secretarias Estaduais, as responsabilidades pela gestão dos serviços e, inclusive, para a contratação de serviços de terceiros, foram transferidos para esse nível de governo”²⁴.

Dessa forma, as SES incorporaram serviços federais ambulatoriais e hospitalares e expandiram suas redes próprias de serviços de saúde numa perspectiva descentralizada, regionalizada e hierarquizada; estabeleceram formas de contrato de serviços privados de saúde; passaram a exercer a avaliação e o controle do sistema de saúde incorporando métodos e profissionais do antigo INAMPS; e estabeleceram novas instâncias gestoras do sistema com a instituição das Comissões Interinstitucionais de Saúde nos vários níveis do sistema.

²⁴ VIANA, A.L.A., op cit, p. 117.

Mesmo respeitando a diversidade existente entre as SES no Brasil o que com certeza determina características e ritmos bastante diferenciados na implementação destes processos, pode-se concordar com Junqueira.²⁵ quando afirma que:

“Com o SUDS mudou-se a lógica do aparato estatal do nível estadual, pois esse deixou de ser apenas prestador de serviços públicos de saúde para tornar-se também gestor do sistema. Essa mudança trouxe consigo uma transformação fundamental no modelo de atenção à saúde, ou seja, deu acesso ao conjunto da população à assistência médica, que era até então um privilégio dos previdenciários²⁶”.

Durante o curto período de vigência do SUDS embora as decisões, os recursos financeiros e parte significativa da rede de serviços de saúde continuassem sob controle centralizado do governo federal, a configuração das redes de serviços de saúde estaduais e municipais podem ser apontadas como um dos elementos de sustentação e intensificação do processo de descentralização do setor saúde que se observou à seguir.

2.2. CONFIGURAÇÃO DO SUS

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que explicita a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado²⁷ e define o Sistema Único de Saúde²⁸, bem como com toda legislação complementar que se seguiu²⁹, o processo de

²⁵ JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI, A.M. *Ciências Sociais e Saúde*. Ed. Hucite/ABRASCO, 1997, p.195.

²⁶ JUNQUEIRA, L.P. idem, op. Cit, p. 195

²⁷ Brasil, CF Artigo 196 . *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

²⁸ Brasil, CF Artigo 198. *“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I – Descentralização com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios além de outras fontes”.

²⁹ Brasil, Lei 8080, de 19/09/1990 que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional, que no art 15 da Seção I do cap. IV dispõe sobre as atribuições comuns a União, os estados e municípios e nos art. 16, 17 e 18 da Seção II do cap. IV que descreve as competências da direção nacional, estadual e municipal respectivamente.

Brasil, Lei 8142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

descentralização do setor saúde assumiu um contorno mais nítido, já que foram definidas as competências de cada nível de governo.

Cabe salientar no entanto, que esta redefinição de competências entre as esferas de governo extrapola o campo específico da saúde à medida em que a Constituição Federal definiu também um novo desenho para o sistema federativo³⁰ no país, o federalismo cooperativo³¹, que favorece o processo de descentralização político-administrativa para as instâncias sub-nacionais de governo.

Embora o conceito de descentralização expresse significados bastante distintos³² deve-se entendê-la aqui, como um processo de delegação de poderes políticos fiscais e administrativos à unidades sub-nacionais de governo, que no caso brasileiro, vinha se constituindo como parte do movimento de redemocratização e que à partir de 88 adquire nova feição, particularmente pelo reconhecimento dos municípios como entes federativos e pela redistribuição de poder e de recursos da união para estados e municípios.

³⁰ ALMEIDA, M.H.T. *“Segundo a literatura especializada, o federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e sub-nacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação”*. Federalismo e Políticas Sociais. In AFFONSO, R.B.A. (org) Federalismo no Brasil. FUNDAP, 1996, p. 14

³¹ Distingue-se três tipos de arranjos federativos: o federalismo atual nas quais os poderes do governo geral e dos demais entes federativos são exercidos de forma independente mesmo que sob o mesmo território; o federalismo centralizado onde os governos estaduais e locais comportam-se como braços administrativos do governo federal; e o federalismo cooperativo caracterizado por formas de ação conjunta entre as várias instâncias de governo comportando arranjos bastante diferenciados e respeitando a autonomia de decisão das instâncias sub-nacionais de governo. O sistema federativo proposto na Constituição Federal de 88 aproxima-se do federalismo cooperativo.

³² Mesmo reconhecendo a utilização de conceitos à respeito de descentralização bastante diferenciados pelos diversos estudiosos do assunto e tipologia (RONDINELLI, D.A.; BORJA, D.; ARRETCHE, M.I.S.; LÓBO, T. entre outros) identifica-se na literatura uma confluência para os seguintes entendimentos:

Desconcentração – deslocamento de competências para instâncias sub-nacionais de governo ou níveis hierárquicos inferiores de uma organização, sem contudo deslocar o poder decisivo.

Devolução – transferência de poder decisório ou de serviços de uma organização governamental para outra de nível hierárquico menor.

Delegação – transferência de responsabilidade do Estado para organizações não estatais, com manutenção do poder regulatório e do financiamento no Estado.

Privatização – mesmo que não considerada por alguns como descentralização, significa a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada.

Segundo Junqueira³³ “Entender a descentralização como processo que se dá em determinados tempo e espaço implica, assim, entendê-la em relação (dialética) com a centralização. Se a descentralização é definida como processo de transferência de poder do centro para a periferia, só o poder centralizado pode ser descentralizado: não existindo poder central, não haverá o que transferir.

Os processos de centralização e de descentralização não se dão do mesmo modo nos Estados federais e nos Estados unitários. Pode-se dizer que existem formas intermediárias entre Estado federal e Estados unitários mais descentralizados, ou menos. Surge daí a diferença entre descentralização política e descentralização administrativa: a primeira traz implícito o conceito de autonomia política; a descentralização administrativa deriva do aparelho político-administrativo do Estado.

O conceito de descentralização política é adequado para os Estados unitários, mas um Estado federalista é necessariamente, por natureza, politicamente descentralizado. Os entes federados não agem por transferência do poder central, mas por terem seu poder definido constitucionalmente. Não há poder “central” que possa, simplesmente, retomar para si as competências das unidades federadas. Nos Estados federados, em tese, não se estabelece a tensão dialética entre os pólos centralização/descentralização, a relação aqui é de outro tipo”.

As mudanças daí decorrentes, consolidam-se em um complexo processo de mudança que envolve desde a promulgação de legislação complementar aos dispositivos constitucionais; a definição de novas regras e instrumentos que favoreçam a descentralização pretendida; o estabelecimento de espaços de pactuação entre os três níveis de governo; até a reforma administrativa das organizações de governo que tiveram suas atribuições modificadas.

Concorda-se com Almeida³⁴ quando afirmava em 1996 que “as circunstâncias econômicas e a ausência de coordenação no âmbito do Governo federal fazem com que os requerimentos da política antiinflacionária e as visões setoriais continuem predominando sobre qualquer consideração mais ampla das atribuições e competências das três esferas de governo, capaz de dar substância a um modelo de federalismo cooperativo. Dependendo do ministério e do

³³ JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a Reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI. A.M. *Ciências Sociais e Saúde*. Ed. Hucite/ABRASCO, 1997, p.184.

³⁴ ALMEIDA, M.H.T. op. cit, p. 19.

setor, o Governo federal ora quer manter atribuições que certamente podem ser mais bem executadas em outras instâncias de governo, ora quer passar adiante seus encargos ignorando custos e dificuldades de transição. O Congresso Nacional, com uma pauta, em larga medida, ditada pelo Executivo e carente de mecanismos de filtragem e ordenamento das demandas regionais e setoriais, tampouco possui uma visão estratégica e abrangente do problema.

Em nenhum dos casos, criam-se condições favoráveis à definição de atribuições e formatos organizativos mais adequados a um modelo estatal federativo e descentralizado, que, bem ou mal, se vem gestando há quase uma década.

Da mesma forma, estados e municípios não são capazes de definir com clareza seus papéis, quando a lei estabeleceu competências concorrentes, e resistem, de forma crescente, a assumir funções que o novo modelo lhes atribui, apesar da transferência de recursos promovida pela Constituição de 1988.

Nessas circunstâncias, o conflito entre os níveis de governo tende a se acirrar e a assumir distintas formas, todas com efeitos paralisantes sobre a construção de uma forma de federalismo cooperativo”.

Em que pesem os avanços apontados na Constituição Federal de 88 relativos a conformação do sistema federalista brasileiro; a intensificação do processo de descentralização político administrativa; e a própria definição do SUS, deve-se considerá-los como processos sociais em construção que por sua natureza exigem um tempo de maturação e apresentam um alto grau de complexidade na sua implementação por envolverem a ação conjunta de órgãos governamentais de diferentes níveis e um grande número de atores com interesses diversificados e muitas vezes contraditórios.

Dessa forma, quando se analisa a reforma do setor saúde estabelecida à partir do início do processo de implementação do SUS, deve-se considerá-la como um processo que mesmo contendo vários determinantes no âmbito interno do setor saúde é também definido por outros fatores intervenientes que compõem o cenário mais amplo de estabelecimento de um novo sistema federativo e de um amplo conjunto de reformas que naquele momento se iniciaram no Brasil.

Na verdade, estas reformas são formuladas visando o enfrentamento da crise do Estado brasileiro que se manifesta durante a década de 80 em três dimensões: crise fiscal; crise da forma de intervenção do Estado na economia e do modelo burocrático de gestão pública, e buscam consolidar um novo papel do Estado com ampliação de sua capacidade de promoção e regulação do desenvolvimento.

“Nessa perspectiva, a reforma do Estado brasileiro conjuga quatro processos interdependentes.

- a. redefinição das funções do Estado orientada para a redução de seu tamanho e, principalmente, de seu contingente de pessoal, mediante adoção de programas de privatização, terceirização e "publicização";*
- b. redução do grau de interferência do Estado, mediante adoção de programas de desregulação e realização de reformas econômicas orientadas para o mercado visando, sobretudo, a promoção da capacidade de competição internacional do país;*
- c. aumento da governança do Estado - aqui entendida como a capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, ou seja, de implementar políticas públicas de forma eficiente e conjugada com a sociedade -, envolvendo o ajuste fiscal - direcionado à recuperação da autonomia financeira do Estado -, e a implantação da administração pública gerencial.*
- d. aumento da governabilidade, que consiste no fortalecimento da capacidade política ao governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar³⁵”.*

A implementação desses processos começa a exigir a implantação de um novo modelo de gestão pública, que supere os limites colocados pelo modelo burocrático e centralizador, característico de nossa sociedade desde o período colonial, e que dê operacionalidade a esse novo Estado, possibilitando o exercício de suas novas funções, através de novas estratégias administrativas e de novas instituições. O novo modelo de gestão pública que começa a ser configurado no Brasil na década de 90, caracteriza-se por

³⁵ Estado de São Paulo – Cadernos do Fórum São Paulo século XXI, Tomo 05, Caderno 15, p. 33, suplemento do Diário Oficial, vol. 110, nº 111, 10 de junho de 2000.

uma “*abordagem gerencial, baseada na descentralização, no controle de resultados e não de procedimentos, na competição administrativa, e no controle social direto*”³⁶.

Neste amplo cenário de reformas, que inclui o processo de implementação do SUS, pode-se afirmar que ocorreram profundas transformações no sistema de saúde o que pode também ser detectado através da análise da legislação própria da saúde construída neste período.

2.3. AS SES E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS VISTOS ATRAVÉS DA LEGISLAÇÃO

Conforme já se citou, a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 19/09/90) além de dispor no seu artigo 15 sobre as atribuições comuns a serem exercidas em seu âmbito administrativo pela União, pelos estados, pelo distrito federal e pelos municípios, atribuições estas que se sustentam sob a definição de sistema federativo dada pela Constituição Federal de 88, e que segundo Carvalho e Santos³⁷ “*constituem, por assim dizer o marco de atuação de cada esfera de governo do SUS*”, no seu artigo 17, descreve as competências específicas da direção estadual do SUS em quatorze incisos:

Art. 17º – À direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, compete:

- I. Promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde;*
- II. Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS;*
- III. Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;*

³⁶ PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 3ª ed. Ed. FVG, Rio de Janeiro, 1999.

³⁷ CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde**, 3ª ed. UNICAMP, Campinas/SP, 2001, p. 140.

- IV. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:*
- a. de vigilância epidemiológica;*
 - b. de vigilância sanitária;*
 - c. de alimentação e nutrição; e*
 - d. de saúde do trabalhador.*
- V. Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;*
- VI. Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;*
- VII. Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;*
- VIII. Em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;*
- IX. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;*
- X. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;*
- XI. Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;*
- XII. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;*
- XIII. Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;*
- XIV. Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.*

Por sua vez a Lei 8.142, de 28/12/90 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” ao definir as instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo (artigo 1º) e as exigências a serem cumpridas para que estados, distrito federal e municípios recebam os recursos federais do SUS (artigo 4º), acaba por exigir dos estados, o estabelecimento de novas estruturas (Conselho Estadual de Saúde; Fundo Estadual de Saúde) e instrumentos de gestão (Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Plano de Cargos Carreiras e Salários) além de contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

Assim sendo, em observância a legislação infra constitucional as SES adquirem novas atribuições, bem como são comprometidas com o estabelecimento de novas estruturas e instrumentos de gestão. Pode-se então afirmar, que com a promulgação da Constituição Federal e das Leis nº 8.080 e nº 8.142 foi estabelecida a base legal de todo o processo de descentralização da saúde no SUS, bem como em âmbito mais restrito, do processo de mudança institucional das SES no Brasil.

No entanto, mesmo após o estabelecimento destas bases legais, pode-se observar a existência de inúmeros entraves e resistências aos processos de mudanças que a partir daí se desencadearam. Esses entraves analisados por Viana³⁸ acabaram por definir um processo de “descentralização caótica” observado no início da década de 90 e que pode ser detectado nos três níveis gestores do SUS.

No nível estadual, detecta-se resistência tanto à transferência de equipamentos e recursos para os municípios, quanto à implantação de novas estruturas nas SES, necessários ao exercício de suas novas atribuições: “quando as transferências de equipamentos ocorriam, as secretarias estaduais, que foram concebidas para operar serviços, ficavam com suas antigas estruturas ociosas e superdimensionadas. Por outro, surgiam novas necessidades, vinculadas a funções, como, por exemplo, planejamento, integração regional, formação de recursos humanos, etc. Desse modo, a reestruturação das secretarias estaduais era necessária ao processo de

³⁸ VIANA, A.L.A. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança. In *Descentralização e Políticas Sociais*. Ed. FUNDAP, São Paulo, 1996.

*descentralização para capacitá-las a atuarem no apoio à municipalização e à correção de desigualdades no plano regional”.*³⁹

Outro aspecto que merece ser salientado como entrave à descentralização do SUS neste período, diz respeito à retração dos investimentos federais para o setor, o que não foi compensado pela elevação dos gastos municipais e/ou estaduais agravando a crise de financiamento já existente desde o final da década de 80.

Em 07 de fevereiro de 1992, através da portaria 234 do Ministério da Saúde é editada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS-92) de forma conjunta entre o Secretário Nacional de Assistência à Saúde e o Presidente do INAMPS. Esta NOB-SUS-92 na verdade atualiza a NOB-91 editada em 07/01/1991, e reeditada em 17/07/1991 pelo presidente do INAMPS, que teve como objetivos: “*normatizar a assistência a saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais de saúde*”, o fez através de normatização e propostas no âmbito:

- Do planejamento;
- Do financiamento da assistência à saúde;
- Dos sistemas de informação;
- Do controle e avaliação;
- Da auditoria;
- Do processo de municipalização para repasse de recursos; e
- A implantação de mecanismo de incentivo a produtividade e de um sistema de avaliação de qualidade em saúde.

³⁹ VIANA, A.L.A., op. Cit, p. 273.

O que deve ser salientado em relação à edição desta NOB-SUS-92, não diz respeito tanto aos seus conteúdos específicos, mas sobretudo ao fato de se constituir num instrumento de articulação institucional através do qual o MS, as SES e as SMS, originalmente organizados para atuar no campo da saúde pública, começam a absorver a lógica, os instrumentos e o processo de trabalho próprios do INAMPS.

Embora várias propostas de revisão da política de saúde surjam neste período, visando basicamente superar a crise de financiamento do setor, merece destaque o projeto de Lei nº 3.716 de iniciativa do Ministério da Saúde que foi sancionado em julho de 1993, extinguindo o INAMPS e repassando suas funções e serviços para os gestores do SUS dos três níveis de governo o que certamente impacta as estruturas gestoras, que desde as AIS já vinham de certa forma assumindo funções e responsabilidades originalmente exercidas pelo INAMPS.

Outras duas NOBs foram editadas em período mais recente. A Norma Operacional Básica – SUS nº 01/93 editada pelo MS através da portaria nº 545 de 20/05/1993, estabelece as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

Essa norma institucionalizou a Comissão Intergestores Tripartite, em âmbito nacional e a Comissão Intergestores Bipartite, em âmbito estadual. O estabelecimento de tais comissões tem como característica principal o fato de constituírem-se em fóruns de negociação e pactuação institucionalizados entre os níveis gestores do SUS.

Além disso, essa NOB impulsionou o processo de municipalização da gestão dos serviços de saúde com a instituição de três modalidades de habilitação quais sejam: Incipiente; Parcial; Semi-plena, que expressavam por si mesma, graus crescentes de devolução, ou seja, habilitou os municípios como gestores criando, a terceira instância gestora do SUS. Com isso ao final de 1996 haviam no país 3.127 municípios habilitados (62,9% do total de municípios brasileiros) em uma das modalidades propostas⁴⁰.

⁴⁰ Dados de jan/97 - SAS-MS.

As SES, conduziram esse processo de uma forma coadjuvante considerando que as mesmas deveriam respeitar responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusive nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, para posteriormente definir as suas responsabilidades, ou seja, há uma frágil definição do papel dos estados, que entretanto também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde. Embora esse processo de habilitação dos municípios propostos por essa NOB 1/93 não tenha ocorrido de maneira uniforme nos diferentes estados brasileiros, resultados positivos deste processo podem ser identificados particularmente os relacionados aos municípios habilitados na gestão semi-plena que consolidou o mecanismo de transferência fundo a fundo.

A Norma Operacional Básica – SUS Nº 1, de 1996, editada pelo MS através da portaria nº 2.203 de –5/11/96, redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo por conseguinte, instrumentos responsáveis à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema.

Essa norma editada após um longo processo de negociação entre os vários atores do SUS foi implementada apenas a partir de jan/98, tendo como principais finalidades: a promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União. Além disso caracteriza a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, ou seja, explicita um novo pacto federativo para a saúde. Ela propõe a reorganização do modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde e aumentando a participação do percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais à estados e municípios, o que reduz a transferência por remuneração por serviços produzidos ou seja, "pagamento por produção". A NOB/96 fortalece a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores e finalmente estabelece vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto a autoridade responsável pela sua saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela e criando o cartão SUS-Municipal.

Nesta norma, pode-se identificar quatro papéis definidos para os estados: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seu municípios na perspectiva da atenção integral; assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade; e, por último, promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, compondo assim o SUS estadual.

Finalmente, destaca-se aqui o fato desta Norma Operacional ter a pretensão de detalhar tecnicamente os sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem estas responsabilidades, fato esse que não deveria estar previsto em um instrumento com essas características.

Em 26 de janeiro de 2001, através da portaria nº 95, é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS/01, que desde o ano de 2000 já se constituía em objeto de discussão entre os três níveis gestores do SUS. Essa norma, com pequenas modificações particularmente relativas ao papel dos estados é substituída em 27 de fevereiro de 2002, através da portaria nº 373, pela NOAS 1/02, que encontra-se em vigor até a presente data.

A NOAS busca fortalecer a capacidade de gestão do SUS estabelecendo que os municípios em GPSM assumam a gestão de todos os prestadores existentes no seu território e reforçando o papel de coordenação e de articulação regional dos estados. Dessa forma, propõe a organização de redes regionais de serviços de saúde de forma articulada e negociada, sob coordenação do gestor estadual.

Como se pode observar o processo de descentralização do SUS estabelecido pela C. F. e pela legislação infra-constitucional (leis nº 8.080 e nº 8.142) vem sendo construído desde o início da década de 90, através de instrumentos normativos (NOB e NOAS) editados num primeiro momento pelo INAMPS e desde 92 pelo MS. Cada norma editada é discutida na CIT e substitui a anterior.

A análise de seus conteúdos aponta claramente o amadurecimento do processo de descentralização em curso no SUS, embora com ênfase quase exclusiva na assistência à saúde. Outro aspecto que chama atenção, diz respeito ao minucioso detalhamento de instrumentos e procedimentos contidos nessas normas em particular na NOAS o que confere um caráter bastante burocrático e às vezes contraditório ao próprio processo de descentralização o qual deve necessariamente respeitar a autonomia de estados e municípios, e contemplar uma grande diversidade regional existente no país.

2.4. AS NOVAS ATRIBUIÇÕES DA SES

À partir da análise até aqui realizada, pode-se dizer que o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil nas últimas décadas, particularmente após o início da implantação do SUS, ao definir a descentralização político-administrativa como uma de suas diretrizes, trouxe uma redistribuição de responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo - federal, estadual e municipal.

Esse processo de descentralização ocorrido no âmbito do SUS durante a década de 90, no qual as edições das NOB: 1/93 e 1/96 constituíram-se em instrumentos bastante efetivos, foi fortemente caracterizado pela municipalização da assistência, através de uma relação quase direta entre o Ministério da Saúde enquanto financiador e os municípios enquanto responsáveis pela gestão dos sistemas de serviços de saúde, e pela tímida presença da SES neste processo.

Embora a legislação do SUS defina em linhas gerais os papéis dos níveis estaduais do sistema, para as Secretarias Estaduais de Saúde enquanto organismos gestores desse nível, as mudanças propostas foram bastante complexas a medida em que continuaram a existir em seu interior a convivência de duas culturas distintas, a "cultura da assistência médica previdenciária", representada pelos métodos e profissionais do antigo INAMPS que como se viu foram incorporados às Secretarias de Estado da Saúde no início do processo de implantação do SUS, e a "cultura dos sanitaristas", ambas inadequadas ao processo de construção do sistema. Por outro lado, foram retiradas dessa instância uma série de atividades relacionadas a prestação direta de serviços de saúde até então existentes.

Além disso, sabe-se que o processo de municipalização gerou uma série de problemas administrativos relacionados entre outras coisas, à municipalização de profissionais e à cessão de bens, frente aos quais as Secretarias de Estado da Saúde tiveram ou ainda têm dificuldades em identificar mecanismos de resolução.

Outro aspecto à ser observado, diz respeito às novas instâncias e mecanismos de gestão e participação social que acabaram por colocar outros atores no palco decisório da Política Estadual de Saúde, o que passou a exigir desses gestores novas habilidades relacionadas ao seu desempenho.

Mais recentemente, com a edição da NOAS-SUS foi reforçado o papel de coordenação regional das SES com ênfase na regionalização da assistência o que vem exigir destas organizações por um lado, um conjunto de habilidades para a articulação política com os municípios, e por outro, um esforço na organização dos processos de trabalho nas suas estruturas regionalizadas.

Sabe-se no entanto, que processos de mudança institucionais são por natureza, lentos; que as Secretarias de Estado da Saúde no Brasil guardam grandes diferenças entre si, o que de certa forma leva a diferentes ritmos e características assumidas por cada uma delas neste processo de descentralização do SUS; e que as características do federalismo brasileiro, onde estados e municípios são constitucionalmente reconhecidos como entes federativos, autônomos e sem subordinação hierárquica, exigem uma maior capacidade de articulação para o desenvolvimento de um projeto sistêmico como o de saúde.

As considerações aqui elencadas, devem ser vistas como pressupostos ao entendimento das **Secretarias Estaduais de Saúde enquanto organizações altamente complexas**, que neste momento de desenvolvimento da política de saúde no Brasil, buscam o redirecionamento estratégico de seus projetos institucionais, e a qualificação de seus quadros gestores e operacionais, para o desenvolvimento das novas funções propostas pelo SUS.

Finalmente, pode-se concluir que as SES hoje no Brasil, tendo como propósitos a formulação, a implementação e a avaliação da política estadual de saúde, devem organizar-se em torno das seguintes atribuições:

- Planejar e formular estratégias, planos, programas e projetos em saúde;
- Normatizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o sistema estadual de saúde⁴¹;
- Contribuir com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde;
- Promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;
- No âmbito específico do SUS:
 - Cooperar tecnicamente com os municípios;
 - Promover a articulação regional;
 - Gerenciar e executar ações e serviços de saúde de caráter supra municipal ou suplementar;
 - Participar de seu financiamento;
 - Participar no provimento da infra-estrutura necessária ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde.

Para o desenvolvimento destas atribuições as SES devem organizar e administrar seus recursos humanos, financeiros e de infra-estrutura, bem como estabelecer um conjunto de atividades estratégicas relacionadas a seu sistema de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação.

⁴¹ Sistema Estadual de Saúde aqui entendido como composto por três sub-sistemas: SUS, Sistema Médico Supletivo e Sistema de Desembolso Direto.



***3. SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE,
ORGANIZAÇÕES EM PROCESSO
DE MUDANÇA***

- **Levantamento Preliminar**

O primeiro contato com essas organizações no âmbito deste estudo, foi realizado em caráter preliminar e exploratório em outubro de 1999, dez meses após terem se iniciado os novos ciclos dos gestores estaduais. Nesta ocasião à partir da apresentação realizada pelos gestores estaduais sobre os projetos políticos e as experiências de vinte e quatro (24) Secretarias de Estado da Saúde⁴² no Seminário Nacional “Gestão Estadual do SUS: Tendências e Perspectivas”; da análise de documentos elaborados por estas SES como subsídios à estas apresentações; e das contribuições advindas dos processos de discussão realizados, pode-se consolidar um diagnóstico sobre o desenvolvimento da política estadual de saúde no país, naquele momento.

Neste aspecto, a análise concentrou-se em três questões: elementos apresentados pelo grupo dirigente da SES sobre o desenvolvimento do SUS no estado; caracterização das estratégias apresentadas por este grupo voltadas ao desenvolvimento do SUS, e indicação de estratégias voltadas ao desenvolvimento da Organização SES. Os resultados e critérios utilizados encontram-se na tabela 01.

⁴² SES: Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins.

Tabela 01: Categorização de variáveis selecionadas para análise das SES

Estado	Análise do grupo dirigente sobre desenvolvimento do SUS no estado (A)	Caracterização das estratégias apresentadas pelo grupo dirigente voltadas ao desenvolvimento do SUS (B)	Indicação de estratégias voltadas ao desenvolvimento da SES.
Acre	Parcial	Reativa	-
Alagoas	Parcial	Propositiva	Sim
Amapá	-	Reativa	-
Bahia	Abrangente	Propositiva	Sim
Ceará	Abrangente	Propositiva	Sim
Distrito Federal	-	Reativa	-
Espírito Santo	Parcial	Propositiva	Sim
Goiás	Abrangente	Propositiva	Sim
Maranhão	Parcial	-	-
Mato Grosso	Abrangente	Propositiva	Sim
Mato Grosso do Sul	Parcial	Propositiva	-
Minas Gerais	Abrangente	Propositiva	Sim
Pará	-	Reativa	-
Paraíba	-	Propositiva	-
Paraná	Parcial	Propositiva	-
Pernambuco	Abrangente	Propositiva	Sim
Piauí	Parcial	Reativa	-
Rio de Janeiro	Abrangente	Propositiva	Sim
Rio Grande do Norte	Abrangente	Propositiva	Sim
Rio Grande do Sul	Abrangente	Propositiva	Sim
Rondônia	Parcial	-	-
Santa Catarina	Abrangente	Propositiva	Sim
São Paulo	Abrangente	Propositiva	Sim
Tocantins	Parcial	Reativa	-

Fonte: Tabela elaborada à partir de dados obtidos dos Relatórios Parciais e Final do Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS: Tendências e Perspectivas, 14 a 15 de Outubro de 1999, promovido pelo Ministério da Saúde, mimeografado.

Observações: Critérios utilizados para avaliação:

(A): **Parcial:** quando o grupo dirigente da SES apresentou análise de forma parcial e pouco sistematizada, ou ainda quando explicitou apenas uma lista de conflitos e inadequações existentes neste processo.

Abrangente: quando o grupo dirigente da SES apresentou análise que explicita entendimento do processo mais amplo de desenvolvimento do setor saúde no Brasil e quando demonstrou conhecimento das especificidades de desenvolvimento do SUS no Estado

(B): **Reativa:** estratégias pontuais, desarticuladas, e inadequadas e reagindo aos desafios colocados pelo SUS.

Propositiva: estratégias articuladas, criativas, incorporando inovações e adequadas ao enfrentamento dos desafios colocados pelo SUS.

Sem a pretensão de aqui esgotar as possibilidades de análise e as contribuições advindas desse seminário, destaca-se à seguir um conjunto de considerações construídas com o intuito de detectar movimentos de mudança que naquele momento já se configuravam nas SES.

Em primeiro lugar deve-se considerar que apenas dez (10) das vinte e quatro equipes de gestores estaduais presentes explicitaram de forma sistematizada um diagnóstico à respeito do desenvolvimento do SUS no estado. Quatro (04) delas, não fizeram qualquer referência à este assunto e outras dez (10) apresentaram diagnósticos fragmentados e pontuais, referentes a um aspecto particular deste processo, como por exemplo, dificuldades dos municípios em assumirem suas responsabilidades ou conflitos em relação as normatizações do Ministério da Saúde ou ainda, um ou outro aspecto das redes de serviços de saúde existentes.

Quando se analisa as estratégias de governo definidas para o enfrentamento dos problemas detectados e/ou voltados ao desenvolvimento do SUS, nota-se, como era de se esperar, que existe uma correspondência entre a melhor definição de estratégias nas SES onde se observou melhor qualidade, amplitude e consistência nos diagnósticos explicitados. Mesmo assim, cabe ressaltar que quatro outros estados (PA, AL, MS e PR) mesmo sem explicitar um diagnóstico consistente, apresentam estratégias bastante definidas voltadas ao desenvolvimento do SUS.

À partir destes diagnósticos explicitados e das estratégias definidas em cada estado, pode-se perceber que mais de 60% das equipes gestoras dessas SES (15 equipes), tem claro o seu papel no SUS embora nem sempre seja explicitado de forma sistematizada e objetiva.

No entanto, apenas treze (13) tinham naquele momento definida estratégias voltadas ao desenvolvimento da própria Secretaria de Estado da Saúde enquanto uma organização.

Por tratar-se de aspecto relacionado ao objeto deste estudo, deve-se salientar que entre as estratégias voltadas ao desenvolvimento/fortalecimento das SES elencadas, destacam-se com maior freqüência as relacionadas à reestruturação organizacional

(apontada por 13 SES); ao fortalecimento das estruturas regionais (apontada por 9 SES) e à capacitação de Recursos Humanos (apontado por 8 SES).

Em relação às dez (10) SES selecionadas para este estudo pode ser destacado através deste levantamento preliminar os seguintes aspectos:

1. Quanto à análise de desenvolvimento do SUS, com exceção da SES-Pará que não apresentou nenhuma análise e da SES-Tocantins, cuja análise foi considerada parcial à medida em que referiu-se apenas genericamente a problemas relacionados a inadequação de legislação, às dificuldades de utilização dos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde e ao processo de municipalização em curso do Estado, as demais SES, que compõem a amostra, apresentaram análise considerada abrangente em relação ao desenvolvimento do SUS em cada estado;
2. No que diz respeito a caracterização das estratégias apresentadas para o desenvolvimento do SUS, as SES do Pará, de Tocantins e de Pernambuco apresentaram propostas consideradas reativas. Nas demais SES, as estratégias apresentadas foram consideradas propositivas;
3. Em relação às estratégias para o desenvolvimento das próprias SES, nota-se que apenas as SES de Pará e Tocantins não indicam estas estratégias.

Através deste levantamento preliminar é possível observar que as SES de MG, BA, RJ, MT, GO, SC e RS apresentavam em 1999 condições mais favoráveis à implementação de processos de mudanças organizacionais, que em última análise se constitui em objeto deste estudo.

- **Estudo realizado**

O estudo desenvolvido conforme já explicitado, permitiu a observação dirigida e o levantamento de dados em dez SES no período de junho à dezembro de 2001. Deve-se ressaltar no entanto, que os resultados à partir daí alcançados não permitiram a obtenção de dados homogêneos nas secretarias estudadas, visto a interveniência de alguns elementos

próprios da metodologia adotada, entre os quais se destaca a heterogeneidade dos entrevistadores e dos entrevistados, e a mudança dos grupos dirigentes de algumas das secretarias durante o período de estudo. Outro fato que merece ser explicitado, diz respeito à existência ou não, e à qualidade da documentação produzida por estas secretarias.

Frente a esses limites, a análise foi construída à partir de um conjunto de dados comuns a todas as SES, que possibilitaram o estudo à respeito do grupo dirigente e das estruturas organizacionais destas organizações, e de um segundo conjunto de dados mais detalhados obtidos em quatro das secretarias selecionadas – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso, que além disso subsidiaram a análise à respeito dos processos de trabalho.

Deve-se salientar no entanto, que os dados obtidos nestas quatro secretarias, são bastante representativos, sobretudo pelo fato destas secretarias como se verá adiante, se constituírem em organizações cujo processo de desenvolvimento institucional encontra-se num estágio mais avançado, se for considerado o cumprimento de suas atribuições e a estruturação do seu processo de trabalho.

Serão apresentados à seguir o processo de sistematização dos dados obtidos, respeitando os três enfoques priorizados no estudo, quais sejam: grupo dirigente, estrutura organizacional e processos de trabalho.

3.1. ANÁLISE DE DADOS

3.1.1. Grupo dirigente

Os grupos dirigentes foram identificados em cada SES, considerando como integrantes destes grupos o próprio secretário e o conjunto de pessoas responsáveis pela definição dos grandes direcionamentos, estratégicas e planos da SES durante o período do estudo.

A partir da identificação destes grupos e dos dados coletados foi possível analisar os seguintes aspectos relativos a composição e atuação dos grupos dirigentes das SES conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1: Aspectos analisados em relação ao grupo dirigente das SES

Características do Grupo	Aspectos Observados
Composição	<ul style="list-style-type: none">• Número de profissionais que compõe o grupo;• Relação com as estruturas organizacionais.
Perfil	<ul style="list-style-type: none">• Formação profissional;• Experiência no setor público e no de saúde.
Estabilidade do grupo	<ul style="list-style-type: none">• Permanência e mudança dos elementos do grupo;• Permanência e mudança do Secretário de Saúde.
Conhecimento do setor saúde	<ul style="list-style-type: none">• Política Nacional de Saúde;• Atribuições das SES no SUS;• Organização das unidades de trabalho da SES.
Capacidade gerencial	<ul style="list-style-type: none">• Capacidade de definição de estratégias e de estruturação de processos de trabalho;• Organização do processo decisório;• Disponibilidade de implementar as mudanças.

Tabela 02: Composição dos grupos dirigentes das SES

SES	Número aproximado de profissionais que compuseram o grupo durante o período de observação.	Número de profissionais do grupo dirigente que ocupam formalmente cargos de direção na organização
Rio Grande do Sul	(2-3)	3
Santa Catarina	5-6	5
Mato Grosso	5-6	5
Goiás	5-6	5
Rio de Janeiro (1)	5 / 3	5 / 3
Minas Gerais	4	4
Pernambuco	4	2
Bahia (1)	5-6 / 3-4	4 / 3
Tocantins	2-3	2
Pará (1)	2-3 / 1-2	3 / 2

Observação - (1): Nestas SES ocorreram trocas de Secretário Estadual de Saúde, ocasionando mudanças no grupo dirigente. Neste aspecto a tabela retrata as diferentes administrações.

Na tabela 02 observa-se que a composição dos grupos dirigentes é heterogênea, sendo na sua maioria formada pelo secretário e pessoas de sua irrestrita confiança. Neste sentido na maior parte das secretarias os profissionais que compõem o grupo dirigente ocupavam formalmente cargos de direção na SES. No entanto na maioria das SES, observou-se também que nem todos os ocupantes de cargos de direção (primeiro nível) fazem parte dos grupos dirigentes.

Tabela 03: Perfil dos grupos dirigentes das SES

SES	Número de profissionais do grupo dirigente com formação na área de saúde	Experiência anterior do Secretário junto ao setor público de saúde
Rio Grande do Sul	3	Sim
Santa Catarina	3	Sim
Mato Grosso	5	Sim
Goiás	4	Sim
Rio de Janeiro (1)	5 / 3	Sim / Sim
Minas Gerais	1	Não
Pernambuco	4	Sim
Bahia (1)	6 / 4	Sim / Sim
Tocantins	3	Sim
Pará (1)	3 / 2	Sim / Sim

Observação - (1): Nestas SES ocorreram trocas de Secretário Estadual de Saúde, ocasionando mudanças no grupo dirigente. Neste aspecto a tabela retrata as diferentes administrações.

Conforme pode-se observar na tabela 03, a maioria dos Secretários Estaduais de Saúde é médica. O grupo dirigente é quase sempre formado por quatro a seis pessoas, sendo a maior parte delas profissionais de saúde, com a participação significativa de profissionais da área de administração (tabela 03). Outro aspecto observado diz respeito a origem destes profissionais, em grande parte oriundos do próprio setor público, com vivência em gerência de instituições de saúde ou formação em saúde pública.

No que diz respeito a estabilidade do grupo dirigente pode-se observar que durante o período de estudo houve mudança de Secretário nos estados do RJ, BA e PA levando a alterações significativas na composição e perfil dos grupos dirigentes do RJ e PA.

No estado de TO, embora não tenha havido mudança do Secretário, houveram várias mudanças na composição do grupo dirigente.

Exceto na SES-BA, nas outras três secretarias estas mudanças, a nosso ver, impactaram negativamente o desenvolvimento da Política de Saúde no Estado.

Tabela 04: Grupo Dirigente da SES - Conhecimento do Setor Saúde e Capacidade Gerencial

Estados	Percentual dos profissionais do Grupo Dirigente com conhecimento do Setor Saúde em relação a:			Capacidade Gerencial		
	Política Nacional Saúde	Atribuições da SES no SUS	Organização das unidades de trabalho da SES	Disponibilidade para implementar mudanças	Definição de estratégias e planos	Organização do processo decisório
	Rio Grande do Sul	100%	100%	100%	+	+
Santa Catarina	100%	66%	66%	+	+	+
Mato Grosso	100%	66%	100%	+	+	+
Goiás	66%	66%	100%	+	+	+
Rio de Janeiro	100%	100%	66%	+	+	-
Minas Gerais	50%	50%	100%	+	-	+
Pernambuco	100%	50%	100%	-	-	+
Bahia	100%	100%	100%	+	+	+
Tocantins	33%	33%	33%	-	-	-
Pará	100%	33%	66%	-	-	-

Muitos dos profissionais que compõem o grupo dirigente não tem claro as atribuições dessas organizações no SUS e tem desconhecimento sobre as outras atribuições que não as suas conforme pode ser observado na tabela 04. Além disso esses profissionais possuem entendimento genérico e superficial do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde no país.

Na SES-RJ, pode-se observar que mesmo existindo um grande entendimento sobre o desenvolvimento da política de saúde e atribuições no SUS, o grupo dirigente apresenta uma grande dificuldade em estruturar os seus processos de trabalho, o que compromete sobremaneira o desenvolvimento e desempenho da organização.

Na outra SES-PE que também apresenta um grande entendimento sobre o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, observa-se que o processo decisório é comprometido pelo alto grau de centralização e ativismo do grupo dirigente.

Na SES-TO detectou-se um desconhecimento da política de saúde. Na SES-MG embora o grupo dirigente tenha capacidade gerencial adequada para o desenvolvimento da organização como um todo, desconhece aspectos significativos do desenvolvimento da política de saúde no país e específico do setor, o que compromete o desempenho da organização.

A análise da capacidade gerencial dos grupos dirigentes das SES realizada através de entrevistas, observações dirigidas e análise documental, focou-se em três aspectos considerados relevantes e adequados à esse tipo de estudo:

- **Definição de estratégias e planos:** relaciona-se a capacidade do grupo dirigente em formular estratégias e planos que dê operacionalidade à política estadual de saúde. Foi considerado positivo quando esta capacidade pôde ser identificada.
- **Organização do processo decisório:** relaciona-se a clara definição de competências, responsabilidades e papéis de cada integrante do grupo dirigente, que em última instância reflete o processo decisório no nível estratégico da organização. Foi considerado positivo quando estas definições foram claramente explicitadas e eram de domínio do próprio grupo.
- **Disponibilidade para implementar mudanças:** relaciona-se a postura do grupo em buscar e criar novos instrumentos e processos que favoreçam o desenvolvimento institucional. Foi considerado positivo quando o grupo expressou preocupação ou apresentou concretamente iniciativas voltadas a inovação institucional.

No geral detectou-se disponibilidade dos grupos dirigentes em implementar mudanças.

Deve-se destacar que durante o período de estudo a capacidade gerencial da SES-BA foi comprometida pelo desenvolvimento concomitante de vários processos de cooperação externa, prejudicando a capacidade de definição de estratégias e a organização do processo de trabalho.

Nas quatro secretarias, que como dito anteriormente, se encontram num processo de desenvolvimento mais avançado destacam-se os seguintes aspectos:

- Os grupos dirigentes são constituídos basicamente pelos responsáveis das grandes unidades de trabalho, cuja formação profissional é basicamente da área de saúde, predominando formação e/ou experiência em saúde pública. As pessoas que não são dessa área são na grande maioria profissionais de confiança irrestrita do secretário estadual de saúde. Durante todo o período de realização do estudo esses grupos se mantiveram estáveis. Outro aspecto que chama atenção diz respeito a participação direta e envolvimento dos secretários estaduais na condução desses grupos.
- Embora não se possa afirmar que o conhecimento da Política Nacional de Saúde se dê de forma homogênea, observa-se um grande entendimento sobre o desenvolvimento mais geral da política de saúde do país, bem como da legislação e normatizações mais recentes.
- No entanto, pode-se afirmar que existe ainda um certo desconhecimento das atribuições da SES, bem como a necessária organização dos seus processos de trabalho. Nestas quatro secretarias observou-se uma grande disponibilidade dos grupos dirigentes em incorporar inovações, conhecer e intercambiar experiências, que venham ampliar a capacidade gerencial da secretaria. Nota-se contudo que essas intenções foram incorporadas nos planos estratégicos destas organizações, de forma bastante diferenciada em cada uma delas.

3.1.2. Estrutura organizacional

Dentro do recente processo de redirecionamento dos projetos institucionais observados em todas as SES estudadas, e respeitando as peculiaridades de cada uma, buscou-se também identificar como se verá adiante, os movimentos de mudança relativos à configuração das estruturas organizacionais destas instituições, bem como aos processos inerentes ao seu funcionamento.

Tendo em vista os diferentes significados atribuídos ao termo "estrutura organizacional" encontrados na literatura especializada⁴³, neste estudo utiliza-se o termo com o seguinte entendimento:

- Como representação dos órgãos que compõem a organização e as suas relações de interdependência; e
- Como divisão do trabalho na organização, onde se definem as competências e atribuições de cada órgão.

Assim, o estudo da estrutura organizacional, pode ser realizado enfocando seus aspectos estáticos (configuração propriamente dita) e sua dinâmica de funcionamento.

A configuração indica como é dividido o poder e o trabalho na organização através da especialização vertical que define a hierarquia, e através da especialização horizontal que define a departamentalização. Os três tipos mais utilizados de configuração das estruturas organizacionais encontrados na literatura especializada, são: a organização linear, a organização funcional e a organização linha staff⁴⁴.

⁴³ FERNANDES, A. - Op. cit-pag 108-109; CHIAVENATTO, I. - Op. cit - pag 205-207.

⁴⁴ **A organização linear** é a mais simples e antiga onde existe linha direta e única de comando, onde cada subordinado se reporta apenas a uma autoridade. Nesse tipo de organização corre-se o risco de uma rigidez e inflexibilidade excessivas, o que dificulta a adaptação da organização a novas situações. Um outro aspecto diz respeito à sobrecarga das linhas formais de comunicação.

A organização funcional originalmente defendida por Taylor, trabalha com especialização das funções, o que de certa forma respeita a especialização do conhecimento e do processo de trabalho existente na atualidade. Neste tipo de organização predomina a autoridade funcional, baseada na especialização e no conhecimento e, nenhum superior tem autoridade total sobre os subordinados, mas apenas autoridade funcional. Existem linhas diretas de comunicação, propiciando maior rapidez neste processo, e é estimulada a descentralização das decisões a órgãos ou cargos especializados. Pode-se apontar como risco da organização funcional a diluição de comando ocasionado pela subordinação múltipla; e **A organização linha staff** - constitui-se em um tipo misto dos dois modelos anteriores.

A organização funcional, que se constitui no modelo mais freqüentemente utilizado, vem sendo substituída gradativamente por uma organização baseada em equipes multifuncionais. Buscando adquirir maior velocidade e simplificação de seus processos de trabalho, observa-se nas organizações uma tendência em estruturar-se por processos-chaves, independentes dos arranjos estruturais.

Com isto observa-se um achatamento das pirâmides organizacionais, com redução dos níveis hierárquicos intermediários. O desenho departamental tem adquirido diferentes formatos⁴⁵ e as atividades meio mostram tendência à terceirização.

A configuração estrutural de uma organização, expressa em última instância uma opção estratégica definida em função de seus objetivos institucionais; dos saberes e da tecnologia disponíveis; e da análise de conjuntura realizada, em um determinado momento da vida desta organização. Assim sendo, toda vez que se analisa ou se propõem mudanças na estrutura organizacional deve-se considerar por um lado, que existem sempre inúmeras possibilidades de configuração e por outro, que qualquer que seja a configuração adotada, ela deve necessariamente sofrer adaptações ao longo do tempo.

Partindo-se do pressuposto de que as estruturas organizacionais de todas as SES que compõem o universo deste estudo constituem-se em estruturas do tipo funcional, mesmo que convivendo com modelos mais flexíveis, buscou-se construir parâmetros de análise que respeitassem esse tipo de estrutura predominante.

Assim é, que os dados coletados à partir da análise das representações das estruturas organizacionais (organogramas) e dos documentos que descrevem as competências de cada setor (regimentos interno, descrição de cargos, regulamentos, etc.), bem como através de observação direta da dinâmica de funcionamento destas organizações, foram categorizados conforme explicitados no quadro abaixo:

⁴⁵ Segundo CHIAVENATTO, os principais tipos de departamentalização são: "funcional, por produto ou serviço, por base territorial, por clientela, por processo, por projeto e estrutura matricial". Op. cit, pag 255. Para melhor detalhamento verificar, nesta obra as pag 235-255.

Quadro 2: Elementos de Avaliação para caracterização das Estruturas Organizacionais

Categorias de Análise Selecionadas⁴⁶	Aspectos Analisados
Diferenciação da Estrutura	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de configuração organizacional;• Departamentalização:<ul style="list-style-type: none">- Tipo de Departamentos;- Adequação às exigências do SUS e à propósitos e competências da SES;- Adequação em relação a especialização do trabalho em Saúde.• Níveis hierárquicos.
Formalização	<ul style="list-style-type: none">• Descrição formal das atribuições dos diferentes setores (portarias, documentos, manuais e regulamentos).
Distribuição de Autoridade	<ul style="list-style-type: none">• Mecanismos presentes de tomada de decisão:<ul style="list-style-type: none">- Gestão Colegiada;- Delegação de autoridade;- Autonomia dos Departamentos.
Integração	<ul style="list-style-type: none">• Tipos de mecanismos de entrosamento:<ul style="list-style-type: none">- Comissões e Grupo de Trabalho;- Espaços formais de integração;- Subordinação comum de unidades afins;• Arranjo físico e arquitetônico dos ambientes de trabalho.

⁴⁶ As categorias de análise selecionadas estão baseadas na abordagem, elaborada por Chiavenatto (2000), que indica a diferenciação, a formalização, a centralização e a integração como as quatro (04) características principais das organizações.

Tabela 05: Estruturas Organizacionais das SES - situação em 2001

SES	Ano da última proposta de estruturação	Situação da Nova Estrutura	Espaços formais de Gestão Colegiada
TO	2000	Em reformulação	Não
PA	1999	Em reformulação	Não
MG	1990	Em reformulação	Não
BA	1999	Em reformulação	Não
RS	1985	Em reformulação	Não
RJ	1999	Detecta necessidade de reformulação	Não
GO	2000	Em processo de implementação de nova proposta	Sim
SC	1994	Em processo de legalização da nova estrutura	Não
MT	2001	Formalizada e implantada	Não
PE	1999	Não reformulando	Não

Os desenhos organizacionais das SES datam todos da década de 1990, com exceção do desenho da SES-RS que data de 1985.

Das dez SES somente a de MT acabou de implantar formalmente sua reforma, sete secretarias encontram-se em processo de reestruturação, uma já identificou esta necessidade sem contudo tomar iniciativa à respeito (SES-RJ) e em apenas uma secretaria (SES-PE), cuja reestruturação foi recente, não se identifica nenhum processo de mudança da estrutura. Deve-se observar que durante o desenvolvimento deste estudo, com exceção das SES-MT e PE as demais organizavam-se através de estruturas de transição.

No caso das Secretarias de Estado da Saúde no Brasil, cabe ressaltar que as mudanças ocorridas além de bastante significativas, já que foram alteradas suas funções no cenário de desenvolvimento da política de saúde no país, aconteceram também num curto espaço de tempo - menos de uma década se considerarmos a implementação efetiva da

municipalização do SUS à partir do início da década de 90 - o que de certa forma explica a inadequação da maioria das configurações estruturais destas organizações encontradas durante o desenvolvimento deste estudo.

Cabe ressaltar que, contrariando a tendência observada nas organizações contemporâneas e apontadas em literatura especializada, as SES no Brasil, mesmo realizando importantes processos de mudança nas configurações de suas estruturas organizacionais mantém predominantemente um modelo funcional regido com vários níveis hierárquicos e organização de departamentos também predominantemente de base funcional, embora convivendo com outros tipos - matricial, por projetos e por base geográfica.

Pode-se contudo afirmar, que tanto a nova configuração da SES-MT como as configurações de transição hoje utilizadas, mostram maior racionalidade e maior adequação que as anteriores, quando analisadas como instrumentos de gestão do SUS para estas organizações.

Vale ressaltar que, tanto as responsabilidades definidas pelo próprio SUS quanto as especificidades e a complexidade inerentes ao trabalho em saúde, fazem das SES, organizações altamente complexas, o que acaba se refletindo na complexidade e na diversidade de suas estruturas organizacionais. Se a isso se acrescentar as diferentes concepções de processo saúde-doença e de entendimento dos papéis institucionais dessas organizações, bem como as exigências quanto a qualificação e disponibilidade de recursos humanos necessários ao exercício destas funções, pode-se melhor compreender as dificuldades presentes nos processos de reestruturação organizacionais destas instituições.

A observação detalhada dos desenhos organizacionais das SES, no tocante às suas unidades de trabalho, levou em conta a natureza diversa das atividades estratégicas, das atividades meio e das atividades técnico operacionais.

No que diz respeito às unidades de trabalho relacionadas as atividades meio, pode-se afirmar que embora exista uma grande homogeneidade entre os diversos setores específicos (administrativo-operacional, administrativo-financeiro e administração de

recursos humanos), observou-se diferentes arranjos nas estruturas embora dentro do tipo funcional. Em quatro SES esses setores estão aglutinados em uma única unidade de trabalho. Em outras três secretarias, são aglutinados em uma área de recursos humanos e em uma outra administrativo-financeira. Em um terceiro grupo de secretarias cada setor corresponde a uma unidade de trabalho diferenciada.

Quanto às unidades de trabalho relacionadas às áreas estratégicas, aqui consideradas aquelas relacionadas à gestão interna da SES, à gestão da informação em saúde, à comunicação social em saúde e ao desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa, pode-se afirmar que essas unidades apresentam configuração bastante diferenciada entre as secretarias estudadas.

Em sete das dez secretarias estudadas pode-se identificar a presença de unidade de gestão de informação em saúde.

Em outras seis, foram identificadas unidades relacionadas à gestão interna da SES, e em cinco delas, unidades de comunicação social em saúde. Com relação às unidades responsáveis pelo desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa, embora tenha sido detectado em quatro das secretarias estudadas, em todas elas se constituíam em setores vinculados às unidades responsáveis pela gestão da SES.

No tocante às unidades técnicas operacionais, um primeiro aspecto que chama atenção diz respeito ao grande número de unidades de saúde sob subordinação direta das SES, unidades essas que em sua grande maioria, poderiam estar municipalizadas.

Em seis das dez secretarias, foram identificadas unidades próprias para gerenciamento de unidades de saúde. Todas as secretarias tem estruturas próprias para vigilância sanitária e epidemiológica, sendo que em cinco secretarias elas estão sob uma gerência única.

Em duas das secretarias estudadas não se identificou unidades de trabalho próprias para o exercício do acompanhamento, controle e avaliação do SUS (RJ e SC). Em PE e BA essas unidades de trabalho encontram-se vinculadas às estruturas também responsáveis pela atenção à saúde.

Foram identificadas unidades de trabalho responsáveis pela programação em saúde em sete das secretarias estudadas.

Foram observadas também unidades de trabalho regionais em todas as SES estudadas, embora em sete delas, essas unidades estejam vinculadas a uma outra unidade específica do nível central.

No que diz respeito à formalização das estruturas organizacionais das SES observou-se um grande empenho dos grupos gestores na definição dos regimentos internos e no processo de descrição de cargos - RS, SC, MT, GO, TO, RJ e MG.

A formalização de espaços de gestão colegiada somente foi observada na estrutura da SES-GO, que encontra-se em processo de implantação de nova proposta, embora tenha-se detectado a utilização de mecanismos informais em praticamente todas as secretarias estudadas.

Além da gestão colegiada, outro aspecto referente a distribuição de autoridade, diz respeito ao empenho na consolidação de estruturas regionais, observadas em todas as SES, onde se busca aumentar o seu grau de autonomia. Além disso, outro ponto observado diz respeito ao perfil do Secretário de Estado da Saúde, uma vez que a delegação de autoridade encontra-se submetida a sua vontade nas dez secretarias estudadas. Em 50% das SES, detectou-se um movimento de descentralização da autoridade por iniciativa dos secretários, embora naqueles onde o processo organizacional esteja mais maduro e onde prevalecem mecanismos de gestão colegiada, eventuais entraves devido às características do secretário sejam mais facilmente superados.

Em todas as SES foram detectados mecanismos institucionais, os mais diversos - grupo de trabalho, força-tarefa, colegiados técnicos, comissões, etc. - que favorecem a integração entre os diferentes setores. No entanto, cabe ressaltar que na maioria das SES estudadas estes mecanismos são insuficientes para superar a fragmentação dos processos de trabalho nelas existentes, e que será abordado adiante.

Por último, deve-se ressaltar que os arranjos físicos e arquitetônicos da maioria das SES são inadequados ao seu funcionamento, estabelecendo outras dificuldades de integração.

3.1.3. Processos de trabalho

A abordagem das organizações como conjuntos de processos de trabalho origina-se das teorias de organização e métodos, nas quais as tarefas a serem executadas, bem como o adequado perfil dos recursos humanos responsáveis pelas mesmas, constituem-se em elemento central para o seu funcionamento. Além disso, mais recentemente, as novas abordagens sobre Qualidade e Reengenharia nas organizações, resgatam o conceito de processo como um elemento essencial para a melhor atuação dessas organizações, devendo centrar-se no cliente, nos produtos e serviços⁴⁷.

Entendendo **processos de trabalho** como conjuntos organizados de procedimentos e atividades operacionais que propiciam a implementação de objetivos, planos e estratégias da organização, bem como o seu funcionamento cotidiano, buscou-se neste estudo, identificá-los e caracterizá-los no âmbito específico das SES, como uma forma de perceber como as exigências colocadas pelo SUS, à partir da definição de novas atribuições para estas organizações, tem ou não, redirecionado estes processos.

Tendo como referência as atuais **atribuições** das SES sistematizadas como já se disse à partir do explicitado na legislação brasileira e nas normatizações do SUS, buscou-se primeiramente identificar o conjunto de **macro-funções** destas organizações voltadas ao cumprimento das atribuições propostas.

À partir desta identificação buscou-se então definir os **macro-processos de trabalho** que devem existir numa organização desta natureza. Esta definição foi realizada, respeitando-se a especificidade do conhecimento e das práticas inerentes à cada um desses processos.

⁴⁷ Para melhor detalhamento verificar-se: 1) FERNANDES, A. – *Administração Inteligente: Novos caminhos para as organizações no século XXI*, SP, Ed. Futura, 2001, pag 339-345; 2) CHIAVENATTO, I. – *Administração, Teoria, Processo e Prática*, SP, Ed. Makron Books, 3ª edição, 2000, pag 243-245 e 3) MOTTA, P.R. – *Transformação Organizacional*, RJ, Ed. Qualitymark, 2000, pag 93-96.

Quadro 3: Atribuições, Macro-funções e Macro-Processos das SES

Atribuições	Macro-funções	Macro-processos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejar e formular estratégias, planos, programas e projetos em saúde. 2. Normatizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o sistema estadual de saúde. 3. Contribuir com o desenvolvimento de RH em saúde. 4. Promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. 5. No âmbito específico do SUS: <ul style="list-style-type: none"> • Cooperar tecnicamente com municípios; • Promover articulação regional; • Gerenciar e executar ações e serviços de saúde supra municipal ou suplementar; • Participar do financiamento; • Participar do provimento da infraestrutura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação de políticas, planos, programas e projetos em saúde. • Desenvolvimento de ações e serviços de saúde. • Regulação do Sistema Estadual de Saúde. • Financiamento e administração de recursos. • Gerenciamento institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e gestão interna da SES. • Desenvolvimento da assistência à saúde no SUS. • Desenvolvimento de projetos e atividades de vigilância sanitária e meio ambiente. • Desenvolvimento de projetos e atividades de vigilância epidemiológica. • Controle, avaliação e auditoria do Sistema Estadual de Saúde. • Programação em saúde. • Gestão da informação em saúde. • Desenvolvimento da Comunicação Social em saúde. • Gestão e Recursos Humanos em saúde. • Administração Geral. • Administração Financeira. • Desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa.

Nas SES como em qualquer organização, com exceção daquelas que se estruturaram em torno dos seus processos ou daquelas cujos processos são absolutamente fragmentados por setor (organização funcional) a identificação dos processos de trabalho deve necessariamente extrapolar os limites rígidos da unidade de trabalho. Em outras palavras, o desenvolvimento dos processos de trabalho em organizações cujo tipo de departamentalização é misto, como o que foi predominantemente identificado nas SES no âmbito deste estudo, se dá na maioria das vezes numa relação de interdependência entre várias unidades de trabalho, o que exige um maior cuidado na sua identificação.

Esta parte do estudo foi realizada em quatro (4) SES selecionadas⁴⁸, onde se procurou avaliar o desenvolvimento de cada um dos macro-processos de trabalho definidos.

Também foi possível observar alguns aspectos relacionados aos processos de trabalho nas demais SES que serão considerados na presente análise.

Com o intuito de facilitar o entendimento das considerações aqui elencadas, elas são precedidas da apresentação de um quadro onde encontram-se sistematizados, os elementos identificados e os aspectos observados na análise de cada um desses macro-processos de trabalho.

Quadro 4: Gestão interna da SES

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none"> Planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> Existência ou não de Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI); Caracterização do processo de formulação do PDI.
<ul style="list-style-type: none"> Implementação de programas e projetos do PDI-SES 	<ul style="list-style-type: none"> Formas de implementação e monitoramento.
<ul style="list-style-type: none"> Processo decisório 	<ul style="list-style-type: none"> Caracterização do processo; Formas de participação; Grau de autonomia das unidades.

⁴⁸ Tendo em vista o volume de informações obtidas nesta etapa e a semelhança entre os principais aspectos observados, optou-se pela apresentação dos dados referentes as Secretarias de Estado da Saúde de Mato Grosso (MT), Goiás (GO), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) que foram identificadas como as que possuem um processo de desenvolvimento institucional mais avançado.

Duas SES (TO e PA), participaram de processos de mudança institucional, desencadeados em âmbito mais amplo pelo governo de estado. Ressalta-se no entanto, que estes processos foram mais adequados à transformação dos processos de trabalho nas áreas administrativas.

Em cinco SES (MG, BA, PE, RJ e GO), foram identificadas iniciativas isoladas de desenvolvimento institucional sem contudo compor um plano ou mesmo uma estratégia de governo.

Em seis SES estudadas, as iniciativas voltadas ao desenvolvimento institucional, encontram-se sob responsabilidade da mesma equipe responsável pela gestão do SUS.

Na SES de MT, este processo encontra-se incorporado à dinâmica cotidiana da SES e se dá através da organização de reuniões periódicas do grupo de condução composto por dirigentes dos vários setores com efetiva participação e coordenação do secretário de estado. Foi este grupo que formulou o regimento interno da SES, o Plano de Trabalho Anual, bem como outros instrumentos estratégicos para a gestão: plano de saúde; estrutura organizacional; plano de desenvolvimento de recursos humanos; plano de cargos, carreiras e salários; política de comunicação social; etc.

Em Santa Catarina, embora o processo não apresente ainda o mesmo nível de estruturação, existe um grupo estratégico da SES, que se responsabiliza não só pelo desenvolvimento institucional, como também pela coordenação e implementação das atividades de planejamento voltadas a organização do sistema de saúde.

No Rio Grande do Sul, foi definido um conjunto de estratégias e estruturas colegiadas, que se responsabiliza pelos processos de planejamento no âmbito da SES e do SUS concomitantemente, instância essa com função de coordenação ampliada da SES, que envolve as coordenações regionais e as coordenações das grandes áreas. Neste caso, não se configurou um plano de desenvolvimento institucional propriamente dito.

Já a SES Goiás em momento mais recente, quase coincidindo com o período de finalização deste estudo, estabeleceu um conjunto de iniciativas voltadas ao desenvolvimento institucional, o que acabou por exigir a organização de unidade de trabalho para a coordenação desse processo.

Quadro 5: Desenvolvimento da assistência à saúde no SUS

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none">Planejamento da assistência à saúde.	<ul style="list-style-type: none">Diagnóstico de saúde e da capacidade instalada de serviços de saúde no Estado;Processo de construção da PPI da assistência;Plano de investimento e de expansão.
<ul style="list-style-type: none">Gerenciamento dos serviços de saúde próprios do estado.	<ul style="list-style-type: none">Grau de autonomia das unidades;Gerenciamento central ou regional;Plano Diretor das unidades.
<ul style="list-style-type: none">Gerenciamento da relação com os municípios no que diz respeito à assistência à saúde.	<ul style="list-style-type: none">Instâncias e mecanismos de pactuação;Mecanismos de cooperação técnica e incentivos à qualificação da assistência no âmbito municipal.
<ul style="list-style-type: none">Gerenciamento da relação com os serviços privados de saúde, contratados e/ou conveniados.	<ul style="list-style-type: none">Características e gerenciamento dos contratos e convênios.
<ul style="list-style-type: none">Gerenciamento dos mecanismos de regulação⁴⁹ da assistência à saúde.	<ul style="list-style-type: none">Características do complexo regulador da assistência.

À respeito do processo de **planejamento da assistência à saúde** presente em todas as SES pode-se observar que este processo na grande maioria das SES foi induzido pelas exigências do Ministério da Saúde e neste momento pela implementação da NOAS.

Nas SES onde por ocasião da edição da NOAS já existia um sólido plano em desenvolvimento - como é o caso das SES-RS e MT, a compatibilização com as exigências da NOAS constitui-se em um fator dificultador.

⁴⁹ Utilizado com muita frequência e com diferentes significados, no âmbito de próprio setor saúde, o termo **regulação** da assistência à saúde, deve ser aqui entendido no seu sentido mais restrito, ou seja, designando um processo operacional da organização SES.

Estratégias mais arrojadas voltadas à qualificação da assistência foram também identificadas nestes dois estados, RS⁵⁰ e MT⁵¹.

No que diz respeito ao gerenciamento dos serviços de saúde próprios do estado a análise deste processo evidenciou em primeiro lugar, uma grande sobrecarga de trabalho da maioria das equipes dos níveis centrais das SES, ocasionada por demandas oriundas da rede hospitalar própria e de serviços de urgência e emergência. Exceção feita às SES de TO e PA onde esses aspectos não foram analisados e à SES-MG onde as unidades de saúde vinculam-se à uma fundação autônoma, nas demais ou por abrigarem um grande número de unidades hospitalares complexas - RJ, SC, PE e BA -, ou por ainda permanecerem sob sua gestão direta, algumas unidades de menor complexidade tecnológica que ainda não foram municipalizadas como é o caso da SES-GO, ou ainda pelo fato destas redes estarem se expandindo mesmo que de forma planejada pela SES como é o caso de PE, RS e MT, esta sobrecarga se evidencia.

Ainda com relação à este aspecto, nota-se um pequeno grau de autonomia dessas unidades hospitalares dada não só pela configuração de suas "figuras jurídicas" mas sobretudo, pela falta de um planejamento adequado, particularmente no que diz respeito à aquisição de insumos, aos investimentos tecnológicos e em área física, e à contratação de recursos humanos. Dessa forma, as áreas administrativas e as responsáveis pela assistência das SES, se vêem permanentemente ou esporadicamente comprometidas com o atendimento destas demandas.

Durante o desenvolvimento deste estudo, pode-se observar uma série de iniciativas voltadas a elaboração de Planos Diretores nas grandes unidades hospitalares dos estados.

Um outro aspecto detectado, diz respeito a criação de setores próprios em várias SES para gerenciamento das hemorredes e dos serviços de alta complexidade, que nestes últimos anos vem se configurando nos estados.

⁵⁰ Ver projetos Municipalização Solidária e Saúde Solidária da SES-RS.

⁵¹ Ver estratégias de consórcios e planos microrregionais de saúde e rede de hospitais regionais da SES-MT.

O gerenciamento da relação com os municípios no tocante à assistência à saúde é marcado por uma tendência observada de instalação de fóruns de pactuação regionais que no entanto, ainda devem ser consolidados. Uma outra questão que se apresenta, diz respeito a responsabilidade sob serviço de caráter regional (grandes hospitais) existentes em municípios habilitados na gestão plena do sistema de saúde. Essa questão que tem se mostrado conflituosa em vários estados, remete à necessidade de rediscussão sobre comando único e papéis dos gestores municipais e estaduais.

Com relação aos serviços de saúde privados, contratados e conveniados, o que se pode observar é que essa relação ainda é predominantemente estabelecida por contratos e convênios nos moldes do antigo INAMPS e que algumas SES como a de MT por exemplo tem desenvolvido um conjunto de esforços para qualificar estes termos, entendidos como importantes instrumentos de gestão.

Embora esse estudo não tenha se proposto a analisar detalhadamente a relação com o setor privado contratado, prestador de serviço de saúde no âmbito do SUS estadual, pode-se apontar a necessidade de construção de novos estudos que venham a analisar essa relação.

Por último, deve-se comentar a implantação mesmo que recente, nas quatro SES, de estruturas que configuram o que se denomina de "complexo regulador da assistência" (centrais de vagas/internações, centrais de marcação de consultas, centrais de atendimento de urgência e emergência, etc.). São estruturas existentes há não mais que oito anos e que por iniciativa de algumas SES tendem a regionalizar-se.

Quadro 6: Desenvolvimento de projetos e atividades de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none"> • Reorganização geral do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Novas lógicas de organização; • Elaboração de plano.
<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Legislação/Normatização 	<ul style="list-style-type: none"> • Código Sanitário.
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização e Pactuação 	<ul style="list-style-type: none"> • Regional; • Municipal - Descentralização das ações; - Cooperação técnica.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de quadro técnico específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização do nível federal para a SES 	<ul style="list-style-type: none"> • Absorção de funções e de pessoal da FUNASA

No que diz respeito aos processos de trabalho próprios da vigilância sanitária, pode-se observar em primeiro lugar uma certa homogeneidade nos movimentos de mudança observados em todas as SES. Mesmo considerando a diversidade de perfil e de quantitativos de profissionais existentes nestas Secretarias, identifica-se claramente um grande processo de reorganização do trabalho, incentivado pela ANVISA e materializado através de: planos, processos de capacitação profissionais, publicações de legislação e manuais, revisão e publicação de código sanitário e novas propostas de divisão do trabalho.

Deve-se salientar contudo, que cada secretaria, em função da qualificação de seus profissionais e do perfil de seus gerentes nesta área, assumiu um ritmo próprio neste processo.

Deve-se ainda fazer referência quanto à diversidade de entendimento detectada, no que diz respeito ao papel dos municípios nesse processo.

Por último, deve-se acrescentar que o estudo possibilitou identificar a absorção de um grande número de técnicos da FUNASA pelas SES, em particular pelas do nordeste e centro-oeste, o que favorece o desenvolvimento de atividades de vigilância do meio ambiente.

Embora um grande contingente de pessoas oriundas da FUNASA seja formado por profissionais treinados para o exercício de atividades de vigilância que encontram-se hoje sob responsabilidade das estruturas regionais das SES ou dos municípios, a maioria encontra-se na capital ou nos poucos municípios maiores do estado, e apresenta resistência à mudança de lotação.

Quadro 7: Desenvolvimento de projetos e atividades de Vigilância Epidemiológica

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none"> • Âmbitos de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de ações. • Gerenciamento da informação epidemiológica.
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização e regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização • Municipalização <ul style="list-style-type: none"> - Descentralização das ações - Cooperação técnica
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de quadro técnico específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de desenvolvimento de recursos humanos

No que diz respeito às atividades de vigilância epidemiológica, há que se considerar que grande parte dessas atividades são hoje exercidas pelos municípios. À partir do presente estudo, pode-se observar no entanto, a importância das atividades de apoio aos municípios e muitas vezes de execução de atividades propriamente ditas, exercidas pelos profissionais de vigilância epidemiológica que compõem as equipes regionais de praticamente todas as secretarias.

Outro aspecto observado em praticamente todas as secretarias e que merece destaque, diz respeito ao processo de trabalho de um grupo de profissionais do nível central, teoricamente responsáveis pela "vigilância epidemiológica", mas que na verdade além de se responsabilizarem pela retaguarda técnica às regionais neste campo de conhecimento e contribuírem com a organização de práticas abrangentes (campanhas de vacinação, por exemplo) responsabilizam-se pela produção da informação epidemiológica. Em outras palavras, a "inteligência epidemiológica" das SES encontra-se nessas equipes. Contudo, há que se ressaltar como se verá adiante, que a ausência de um processo maduro,

de gestão da informação em saúde, observado na maioria das secretarias estudadas, mantém a fragmentação dos processos de produção dessas informações e a pouca utilização da informação aí produzidas enquanto instrumento de gestão do sistema.

Quadro 8: Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Estadual de Saúde

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none"> • Âmbito de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades junto ao SUS; • Atividades junto à outros sub-sistemas.
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel das regionais; • Articulação com municípios.
<ul style="list-style-type: none"> • Quadro técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número, perfil dos profissionais que integram as equipes; • Processos de capacitação; • Integração.
<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos e instrumentos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações.

O processo de controle, avaliação e auditoria em saúde constitui-se em processo amplo que exige para o seu desenvolvimento a articulação do conhecimento de áreas bastante distintas e a utilização de um arsenal técnico oriundo do campo de atuação específico de várias profissões.

Como um macro-processo de trabalho no âmbito da SES, exige ainda uma delimitação precisa sobre seu objeto. Partindo-se do pressuposto que a SES no exercício de seu papel regulador⁵² deve desenvolver entre outras atividades, as de controle, avaliação e auditoria sobre o SUS e sobre o sistema de saúde suplementar⁵³, buscou-se inicialmente identificar, o âmbito de atuação deste macro-processo de trabalho.

⁵² Aqui entendido no seu sentido amplo de **regulação estatal do sistema estadual de saúde**, o que implica no desenvolvimento de um conjunto de funções que garantam um bom funcionamento do sistema.

⁵³ Esta responsabilidade encontra-se explicitada no item 17 do documento "Declaração conjunta do Ministério da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde" datado de 02 de março de 1999 com o seguinte teor: "Criar e implementar sistemas de regulação e controle da assistência prestada pelos serviços de saúde suplementares, com base na nova legislação, conforme as diretrizes do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), em colaboração com o Ministério Público, os PROCON e outros órgãos de defesa dos consumidores. Dar prioridade à implantação do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos beneficiários dos planos".

Através do estudo realizado, com exceção de algumas atividades próprias de vigilância sanitária (emissão de alvarás, por exemplo) não se identificou nas quatro SES (RS, SC, MT e GO) nenhuma atividade dirigida à serviços suplementares de saúde.

No que diz respeito ao quadro técnico, todas as equipes contam com a participação de profissionais do antigo INAMPS e referem necessidade de ampliação de quadro e capacitação profissional.

Na SES RS foi identificado um processo de construção de estruturas regionais para o controle e a avaliação, com ênfase nos processos de capacitação e conformação das equipes.

Nas SES-MT e SES-SC também se observa um intenso movimento de qualificação, em curso, do processo de controle, avaliação e auditoria; já na SES-GO observou-se a definição de um plano de qualificação destas atividades.

As equipes estão mais preparadas para a auditoria de serviços do que de gestão, os processos de trabalho mostram-se fragmentados, e ainda são muito utilizados os métodos e instrumentos do antigo INAMPS, numa perspectiva burocrática e cartorial.

A preparação de equipes nas regionais e a articulação com os municípios ainda se apresentam como desafios.

Quadro 9: Programação em saúde

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none">• Critérios utilizados para definição dos programas	<ul style="list-style-type: none">• Utilização de dados epidemiológicos como cultura;• Respeito às diversidades regionais no tocante às condições de saúde.
<ul style="list-style-type: none">• Perfil da equipe responsável e mecanismos utilizados no processo de formulação, acompanhamento e avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Participação de profissionais dos diferentes setores da SES;• Participação de profissionais de outras instituições;• Existência ou não de processos de acompanhamento e avaliação;• Mecanismos de participação e/ou articulação com as DORES, municípios e MS.
<ul style="list-style-type: none">• Nível de abrangência das atividades propostas.	<ul style="list-style-type: none">• Ações e atividades a serem desenvolvidas em todas as redes de serviços de saúde e próprias da Saúde Pública.

Na SES-GO, esta programação é definida por uma equipe responsável pela "atenção básica", pela informação epidemiológica e por algumas atividades de retaguarda de vigilância epidemiológica. Esta equipe não apresenta canais de articulação com outras instâncias da SES, a não ser com as regionais, e desenvolve seu trabalho à partir dos programas formulados pelo Ministério da Saúde.

Em Santa Catarina, esta atividade é desenvolvida por uma equipe da SES, porém com foco restrito na atenção básica.

Já a SES-RS, está buscando o desenvolvimento de programas através da estruturação de grupos geo-operativos, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e da própria SES, mas incorporando e também respeitando as características e o potencial de cada região.

Partindo-se do pressuposto que entre as atribuições de uma SES no Brasil hoje, está a de definir diretrizes e normas para o trabalho em saúde, voltadas à promoção da saúde e ao enfrentamento dos agravos e das patologias de alta prevalência na população do estado, bem como proceder o acompanhamento e a avaliação do desenvolvimento das atividades daí decorrentes em todo o sistema de serviços de saúde, e, entendendo que o exercício desta atribuição exige além da integração de conhecimentos específicos numa perspectiva interdisciplinar, multiprofissional e muitas vezes intersetorial, a articulação com as políticas formuladas em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde, e o respeito às diversidades regionais existentes no estado, no que diz respeito a este macro-processo de programação em saúde pode-se observar neste estudo:

- A definição de programas de saúde a serem desenvolvidos no SUS em âmbito estadual, encontra-se presente em todas as secretarias estudadas.
- No entanto, em sete delas, se observou apenas uma transposição de programas formulados pelo MS, a maioria deles indicando ações e atividades a serem desenvolvidas apenas pela rede básica de serviços de saúde e pelas equipes de saúde pública.
- Em oito das dez SES, o funcionamento não se dá em estrutura matricial;
- As equipes responsáveis encontram-se normalmente isoladas em uma unidade de trabalho própria da SES, exercendo muitas vezes um relacionamento direto com as equipes do MS e repassando normas de forma burocratizada ou através de treinamentos para as equipes das regionais e/ou dos municípios;
- Em nenhuma delas se observou a utilização de mecanismos formais de formulação, acompanhamento e avaliação.

Quadro 10: Gestão da informação em saúde

Elementos identificados	Aspectos Observados
<ul style="list-style-type: none">• Produção, análise e definição da informação em saúde.• Infra-estrutura existente.	<ul style="list-style-type: none">• Bancos de dados utilizados;• Perfil dos profissionais envolvidos;• Mecanismos de difusão utilizados;• Existência ou não de sistemas de informações gerenciais em saúde.• Disponibilidade de equipamentos e programas;• Capacitação de Recursos Humanos.

No que diz respeito à gestão da informação em saúde, embora conforme já relatado, tenham sido identificadas estruturas voltadas ao tratamento da informação em saúde em sete das dez secretarias estudadas, pode-se fazer as seguintes considerações:

- Nestas estruturas desenvolvem-se apenas parte do processo de produção e análise de informações, normalmente as relacionadas a consolidação dos dados relativos a produção dos serviços de saúde, com utilização dos sistemas SIA e SIH do MS;
- As informações epidemiológicas na quase totalidade das SES estudadas são produzidas e analisadas como já se disse, pela equipe do setor de vigilância epidemiológica;
- Os dados de epidemiologia são processados através dos sistemas do MS. Não se observou nenhum outro sistema em uso nas SES;
- Dados populacionais ou indicadores de outra natureza são utilizados esporadicamente pelas SES;

- Nas SES de MT, RS e RJ foram identificados conjuntos mais avançados de iniciativas voltadas a conformação de um sistema de informações gerenciais. Na SES-GO detectou-se um grande esforço na definição e início da implantação de um plano diretor de informações em saúde ao mesmo tempo que se observou o início da informatização dos setores administrativos. Nota-se contudo, o limite colocado pela insuficiência de infra-estrutura - computadores, servidores e software. Nas demais SES os processos de produção, análise e difusão das informações em saúde encontram-se fragmentados e muitas vezes restritos a etapas de produção da informação;
- Existe ainda um grande déficit quanto à infra-estrutura de informática nas SES estudadas: há falta de equipamentos nos níveis centrais e regionais; existe grande dificuldade na definição e aquisição de programas gerenciais e na implantação de redes de informática de apoio;
- Detectou-se também insuficiência de profissionais especializados tanto para apoio na área de informática como para a produção e análise da informação em saúde em praticamente todas as SES estudadas;
- Mesmo nos setores administrativos das SES onde por seu caráter mais normativo, os processos de informatização se concretizam com maior facilidade, observam-se déficits relacionados não só à aquisição de equipamentos mas sobretudo à aquisição de softwares e a qualificação de recursos humanos para apoiá-los;
- Foram também apontados por técnicos dessa área de várias secretarias, dificuldades quanto a compatibilização dos bancos de dados do Ministério da Saúde.

Quadro 11: Desenvolvimento da Comunicação Social em Saúde

Elementos identificados	Aspectos Observados
Planejamento	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização do Plano de Comunicação Social.
Implementação, monitoramento e avaliação do Plano Setorial.	<ul style="list-style-type: none">• Formas de implementação, monitoramento e avaliação;• Formas de integração com as mídias externas.
Organização dos setores e processos.	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização dos setores e processos:<ul style="list-style-type: none">– Assessoria de Imprensa;– Marketing institucional;– Apoio a eventos.• Tratamento e divulgação de informações específicas de saúde.
Produtos	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização dos veículos e produtos de comunicação:<ul style="list-style-type: none">– Boletins;– Home-page;– Material específico de comunicação.

No que diz respeito à comunicação social em saúde aqui entendida como um processo estratégico para a organização - SES, que agrega um conjunto de iniciativas diversas dirigida: aos profissionais da própria organização; aos usuários dos sistemas de serviços de saúde sob sua gestão; às instituições parceiras; aos outros níveis de governo e à sociedade em geral, e que perpassa vários outros processos de trabalho, pode-se observar o seguinte:

- Todas as secretarias desenvolvem iniciativas próprias nesse campo, embora em nenhuma tenha sido identificado um plano de comunicação social;

- Com características distintas, todas as secretarias contam com trabalho de assessoria de imprensa, mesmo que as vezes desenvolvido por profissionais que atuam globalmente para o governo estadual;
- A maior parte desses profissionais tem pouca familiaridade com o setor saúde o que muitas vezes implica numa atividade mais reativa que propositiva, não só em relação à grande imprensa mas também a outras iniciativas possíveis;
- Em algumas SES pode-se observar a existência de uma equipe de profissionais de saúde, desenvolvendo atividades voltadas à produção de materiais e organização de processos de educação em saúde, sem qualquer articulação com a equipe responsável pela "comunicação" na SES;
- Quanto aos produtos, pode-se dizer que foram identificados produtos bastante diversificados (boletins, jornais, livros, vídeos, folhetos, home page, etc...) porém fruto de iniciativas muitas vezes esporádicas e não sustentadas por um plano propriamente dito. A esse respeito, apenas as SES-MT e a SES-RJ apresentavam iniciativas mais articuladas.

Quadro 12: Gestão de Recursos Humanos em saúde

Elementos identificados	Aspectos Observados
Desenvolvimento de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de desenvolvimento de recursos humanos; • Estruturas e parcerias de suporte.
Administração de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização dos setores e processos; • PCCS e políticas de incentivo; • Vínculos empregatícios existentes.

No presente estudo, foi identificado um conjunto de iniciativas das SES voltadas a capacitação de profissionais para o SUS, sem contudo compor um plano orgânico de desenvolvimento de recursos humanos na quase totalidade das SES estudadas. Apenas as SES-MT e RS apresentavam planos dessa natureza em perfeita consonância com os planos estaduais de saúde e contemplando profissionais da própria SES e dos municípios.

Outro aspecto que chama atenção no âmbito de desenvolvimento de recursos humanos, diz respeito a existência de equipes mais ou menos estruturadas em programas de capacitação de centros de formação, responsáveis pela capacitação de pessoal de enfermagem para SUS.

Não se observou nenhum processo de capacitação voltado à profissionais das áreas administrativas ou de apoio.

Foram detectadas parcerias com universidades e MS na sustentação de algumas iniciativas existentes nas várias SES estaduais.

Já no âmbito da administração de recursos humanos, observa-se uma grande homogeneidade quanto aos problemas identificados nas várias SES:

- Com exceção da SES-MT, as outras SES não possuem PCCS adequado às atuais exigências das políticas estaduais de saúde;
- O quadro de profissionais não é bem dimensionado, apresentando uma dicotomia onde de um lado se observa um número excessivo de profissionais com baixa qualificação e de outro, a falta de profissionais preparados para o exercício de algumas funções particularmente nas áreas de auditoria, informação em saúde, informática, planejamento e vigilância sanitária entre outros;
- Os orçamentos das SES estão absolutamente comprometidos com o pagamento de pessoal;
- Entre as quatro SES, só se observou política de incentivos na SES-MT;

- Os procedimentos administrativos da área de recursos humanos são burocratizados e pouco padronizados, o que determina uma relação de dependência com os profissionais que atuam no setor;
- Além da presença de multivínculos, detectou-se também a existência de vínculos empregatícios precários.

Quadro 13: Administração Geral

Elementos identificados	Aspectos Observados
Planejamento operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do planejamento.
Implementação, monitoramento e avaliação do Plano Operacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de informação de suporte.
Organização das setores e processos	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização dos setores e processos.

No que se refere aos processos próprios da área de administração geral aqui entendida como administração de materiais e insumos, equipamentos, transporte e serviços gerais, deve-se dizer que as observações realizadas no âmbito deste estudo foram bastante genéricas, fixando-se apenas em questões mais estruturais desses setores.

Assim pode-se afirmar que:

- Não se detectou padronização de insumos e medicamentos nas SES estudadas, o que sobrecarrega os setores administrativos sobretudo com compras emergenciais;
- Outro fator de sobrecarga, diz respeito ao número de unidades de serviço de saúde sob administração direta da SES e sem autonomia administrativa, demandando compras, contratos e serviços de natureza diversa. Isto ocorre com bastante ênfase por exemplo na SES-GO e SES-SC;

- Não foi identificada em nenhuma SES uma política que norteie a aquisição e/ou manutenção dos equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, existentes nos serviços sob sua gestão;
- Várias SES referiram-se ao número insuficiente de pessoal capacitado para a execução dos processos de licitação.

Quadro 14: Administração Financeira

Elementos identificados	Aspectos Observados
Planejamento orçamentário e financeiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Características do processo; • Integração com outras áreas; • Incorporação do PDI e Plano Estadual de Saúde.
Implementação, monitoramento e avaliação do Planejamento Financeiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Características do processo.
Organização das setores e processos relacionados.	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do FES; • Caracterização dos setores e processos relacionados a execução orçamentária, controle contábil e fluxo financeiro.
Equipe técnica.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre o SUS.

O processo de planejamento orçamentário e financeiro é realizado de forma cartorial e isolada na maioria das SES observadas.

Em MT e RS esse processo guarda maior coerência com o plano de saúde elaborado e é discutido e acompanhado pelo grupo dirigente e pelas coordenações das várias áreas.

A SES-GO vem aprimorando este processo o que pode ser observado durante o período deste estudo.

As áreas administrativo-financeiras encontram-se normalmente sobrecarregadas em função do número de serviços de saúde, que demandam diretamente à elas.

O acompanhamento da execução orçamentária normalmente é feito por outros setores que não necessariamente se comunicam com o setor de administração-financeira.

Quadro 15: Desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa

Elementos identificados	Aspectos Observados
Planejamento.	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização do planejamento;• Natureza dos projetos.
Implementação, acompanhamento e avaliação.	<ul style="list-style-type: none">• Mecanismos.

Em todas as SES foram identificadas projetos em desenvolvimento com as mais diferentes características: de investimento em equipamentos; de construção de serviços de saúde; de capacitação de Recursos Humanos; de apoio ao desenvolvimento institucional; etc.

O que chama atenção num primeiro momento é o fato de grande parte deles ser determinada por iniciativa do Ministério da Saúde, aceitos pelas SES, o que não significa que não contemplem necessidades sentidas pelos gestores estaduais. Ressalta-se no entanto que estes gestores não tiveram a preocupação de priorizá-los nos seus planos.

Na SES-BA foi onde se pode identificar o maior conjunto de projetos em desenvolvimento, apoiados por várias organizações internacionais.

Normalmente esses projetos são internamente gerenciados por profissionais da área administrativa ou do grupo dirigente.

Na SES-MT existe uma coordenadoria responsável por este gerenciamento.

Projetos estratégicos mais amplos que agregam iniciativas e participação de diversos setores e que foram definidos como estratégias de implementação do plano de trabalho das SES, foram identificados na SES-MT e RS.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou a identificação de um conjunto de questões relacionadas tanto à metodologia utilizada, ao arcabouço jurídico-legal que dá sustentação ao próprio SUS e em particular, ao desenvolvimento da gestão estadual, quanto aos processos de mudanças em curso nas SES entendidas enquanto organizações.

No que diz respeito à **metodologia** utilizada, deve-se considerar em primeiro lugar que o estudo foi construído à partir de elementos referenciais, extraídos de distintas teorias o que exigiu um grande esforço para sua realização. A ausência de estudos dessa natureza, em particular no setor saúde, e a pequena produção acadêmica sobre a gestão estadual do SUS, podem ser apontadas como dificuldades adicionais que tiveram que ser também superadas neste percurso.

Ainda com relação a metodologia utilizada, deve-se destacar que em função da natureza do objeto e do desenho do estudo, foram definidos um conjunto de métodos e instrumentos para a coleta das informações, parte dos quais foram referenciados como já se disse, nas concepções de avaliação participativa. A utilização desses métodos e instrumentos, apesar de exigir um denso processo de capacitação para sua aplicação em um número tão grande de instituições, mostrou-se bastante adequada para a coleta de informações junto a organizações complexas como a SES.

Um outro aspecto que merece ser considerado, diz respeito à necessidade de definição e sistematização previa dos macro-processos de trabalho das SES, para que se pudesse proceder a análise pretendida. Para que esta sistematização fosse possível, foi necessário organizar o conjunto de atribuições das SES descritas de forma difusa em diferentes instrumentos legais e textos acadêmicos.

Com relação ao **arcabouço jurídico-legal**, pode-se destacar um conjunto de questões que irão refletir-se na atuação das SES como organizações.

Embora a Constituição Federal considere todas as ações e serviços de saúde de relevância pública e defina que sua execução deva ser feita diretamente pelo poder público ou através de terceiros (através de pessoa física ou jurídica de direito privado) e, embora reafirme que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que as instituições privadas

poderão participar do SUS de forma complementar, não detalha as responsabilidades do setor privado que atua na saúde fora do âmbito do SUS. Esta situação acaba por limitar a atuação das diferentes esferas governamentais neste âmbito, o que obviamente inclui as SES.

Já a LOS, ao descrever a competência da direção estadual do SUS, no seu artigo 17, inclui tanto responsabilidades mais amplas quanto atribuições de caráter operacional, e por vezes restritos a determinadas áreas, como no caso da execução de serviços de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador. Embora esta lei indique as responsabilidades do gestor estadual em promover a descentralização das ações e serviços de saúde, ela não especifica responsabilidades quanto a promoção da articulação regional. Neste aspecto, embora se respeite a autonomia dos entes federativos a lei não considera a necessidade de harmonização entre os mesmos, o que no caso do SES significa desenvolver ações de integração e articulação entre sistemas municipais.

As competências da SES quanto ao desenvolvimento de RH, à regulação das atividades de serviços privados de saúde, bem como ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, embora estejam presentes de forma difusa em outros artigos da mesma lei, não integram o elenco de competências da direção estadual do SUS, descrito de forma sistematizada no artigo 17.

À respeito das normas operacionais editadas de maneira subsequente e sempre em substituição à norma anterior, observa-se que propiciaram de modo geral a organização das relações e dos processos de negociação de recursos federais entre as três esferas de governo, e a implementação de novos instrumentos e processos de trabalho, absorvendo de forma marcante os processos, instrumentos e normas do antigo INAMPS. Além disso estas normas particularmente a NOAS enfatizam, quase que exclusivamente a assistência à saúde.

A NOB/93 enfoca principalmente o processo de descentralização baseado na municipalização, colocando inclusive a responsabilidade da regionalização à partir da articulação e mobilização municipal. Para as SES, esta NOB apresenta novos instrumentos e condições de gestão, embora não avance na definição de novas atribuições para os gestores estaduais.

A NOB/96 enfatiza os sistemas municipais de saúde, referindo-se ao sistema estadual de saúde como composto pelo conjunto de sistemas municipais. Destaca ainda o papel do gestor estadual como promotor da harmonização e integração destes sistemas municipais. Esta NOB também apresenta novos instrumentos e condições de gestão, e sistematiza e detalha de modo mais adequado as atribuições para os gestores estaduais.

Já a NOAS/2001, substituída pela NOAS/2002 com pequenas modificações, é direcionada especialmente para a assistência à saúde, e enfatiza a regionalização e o papel do gestor estadual como coordenador do processo de regionalização e de articulação com os municípios. Esta norma apresenta também novos instrumentos de gestão, especialmente para o nível estadual.

Do ponto de vista da SES, enquanto organização, o arcabouço jurídico-legal do SUS, embora indique à vezes de modo difuso, às vezes de forma detalhada as responsabilidades, competências e instrumentos para este gestor, mostra-se até o presente momento limitado para induzir as mudanças organizacionais necessárias ao pleno exercício das suas funções gestoras. Este fato aponta para necessidade de definição de outras estratégias que venham a contribuir neste processo, respeitando inclusive a grande diversidade existente quanto à capacidade gerencial destas organizações.

Neste aspecto, áreas importantes como recursos humanos, desenvolvimento tecnológico, informação, comunicação, articulação regional, entre outras, bem como políticas de promoção e prevenção em saúde ou outras políticas estratégicas, acabam sendo delegadas à iniciativa particular ou ao compromisso dos gestores estaduais e municipais.

A análise realizada junto aos **grupos dirigentes** das SES, evidenciou a importância dos profissionais que os constituem possuírem um conjunto de conhecimentos à respeito do próprio SUS e um outro conjunto de habilidades gerenciais, necessários ao exercício de suas funções na organização. Ainda à esse respeito foi evidenciada a importância da capacidade de organização e de estabilidade do grupo para o pleno desenvolvimento da instituição.

Foi possível também identificar neste estudo, a participação significativa e legítima de grande parte dos Secretários de Estado da Saúde no comando direto dos processos gerenciais aí existentes. Deve-se destacar contudo, que a capacidade gerencial da organização ainda depende muito desta capacidade de liderança e envolvimento do secretário, o que poderia significar uma compensação à fragilidade do grupo do dirigente.

No que diz respeito às **estruturas organizacionais** das SES uma primeira observação que deve ser feita, diz respeito ao fato de, em praticamente todos os estados, estas estruturas terem sido formalizadas durante a última década, portanto após a criação do SUS, e mesmo assim mostrarem-se absolutamente inadequadas ao exercício das atuais funções e ao desenvolvimento dos processos de trabalho destas organizações. Isso por si só, pode representar a dinâmica das mudanças que vem sendo processadas nestas organizações, neste curto período.

Por outro lado, observou-se que as estruturas regionais das SES são em sua grande maioria frágeis e inadequadas à condução do processo de regionalização em curso no sistema; que as estruturas organizacionais vigentes em sua maioria não contemplam espaços de gerenciamento colegiados; e que poucas são as SES que apresentam em sua estrutura uma unidade de trabalho que se responsabiliza exclusivamente pela gerência estratégica da organização como um todo, mesmo considerando sua complexidade e a diferenciação dos processos de trabalho que aí se desenvolvem. Estas observações acabam por explicitar a necessidade de um aprimoramento destas estruturas.

Ainda quanto à estrutura organizacional, deve-se ressaltar que foi possível detectar várias iniciativas voltadas à "organização por processos", embora predomine a organização do tipo funcional. Com relação à este aspecto dada a complexidade da organização e aos processos de mudança que nela hoje se desenvolvem, há que se considerar que a flexibilização mais radical dos modelos organizacionais, deva ser buscada com cautela.

Em relação aos **processos de trabalho** que foram exaustiva e detalhadamente analisados no escopo deste estudo, pode-se afirmar que em todas as secretarias estudadas, foi possível identificar intensos movimentos de reestruturação e mudanças desses processos

de trabalho, que se evidenciam através da recomposição das equipes; da necessidade apresentada de incorporação de novos conhecimentos, métodos e instrumentos de trabalho; do entendimento quanto a exigência de novos perfis profissionais; e da alteração na própria divisão do trabalho.

Um outro aspecto identificado junto a todas as secretarias, diz respeito à necessidade de reorganização dos processos de trabalho das equipes que atuam no nível regional da organização.

Respeitando a diversidade existente entre as SES pode-se também afirmar que exista falta de profissionais preparados para o desempenho de funções no nível estratégico da organização, particularmente relacionadas à comunicação social em saúde, à avaliação, controle e auditoria das ações e serviços de saúde, ao gerenciamento das grandes unidades de trabalho e à informação em saúde. Detectou-se também que os processos de capacitação profissional hoje existentes, no geral não respondem adequadamente às necessidades apontadas.

A informatização e a normatização dos processos administrativos foram apontados como uma necessidade por todas as SES.

Deve-se salientar que na maior parte das SES observou-se uma inadequação dos processos de trabalho vinculados à formulação, implementação e avaliação de projetos considerados estratégicos para a instituição entre os quais se destacam o de desenvolvimento institucional, o de desenvolvimento de recursos humanos, o de comunicação social em saúde e o de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

Feitas essas considerações pode-se concluir que em todas as SES estudadas foi possível identificar expressivos processos de mudanças organizacionais com repercussão nas suas estruturas e nos seus processos de trabalho.

Como se sabe as SES representam diferentes governos, culturas políticas distintas e são influenciadas por diversidades regionais marcantes. No que diz respeito ao setor saúde há que se considerar também as diferenças existentes entre os estados, tanto no que se refere às condições de saúde de suas populações, quanto às características do sistema

de saúde aí existentes, particularmente relacionadas à capacidade instalada de serviços de saúde; à concentração de serviços de maior complexidade tecnológica; à distribuição dos profissionais de saúde; e à dimensão das redes de serviços de saúde.

Apesar dessas diversidades pode-se neste estudo identificar grande similaridade quanto a natureza dos problemas levantados no processo de diagnóstico institucional realizado.

No entanto, também foi possível identificar grandes diferenças entre as SES quanto a capacidade de superação desses problemas. Neste sentido vale ressaltar as diferenças encontradas nos perfis e nas competências dos respectivos grupos dirigentes destas organizações, cuja capacidade gerencial define-se como fator de fundamental importância para a superação dos mesmos e para o desenvolvimento da própria instituição.

Finalmente, é possível afirmar que no desenvolvimento e implementação do SUS as iniciativas que buscam aumentar a capacidade gerencial dos gestores dos três níveis de governo não tem se constituído em projeto estratégico valorizado. Dessa forma o sistema tem muitas vezes evoluído através da indução por processos e legislações extremamente focalizados, normativos e homogêneos para todo o território nacional, o que expressa um traço ainda marcante de nossa cultura governamental, em que pesem o conjunto das inovações introduzidas tais como os planos de saúde e os relatórios gerenciais que, pela mesma razão apontada, acabam não sendo muito utilizados como instrumentos de gestão.



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AFFONSO, R.B.A.; SILVA, P.L.B. (org). *Descentralização e Políticas Sociais*. FUNDAP. São Paulo, 1996.
2. ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e Políticas Sociais. In AFFONSO, R.B.A. (org) *Federalismo no Brasil*. FUNDAP, 1996.
3. BRANDÃO, C.R. *Pesquisa Participante*. Ed. Brasiliense, 1981, SP.
4. BUCCI, M.P.D. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. Ed. Saraiva. São Paulo, 2002.
5. BURKI, S.J.; PERRY, G.E.; DILINGER, W. *Más allá del centro: La descentralización del estado*. Banco Mundial Washington D.C., 1999.
6. CANESQUI, A.M. Políticas ambiental e de saúde na década de 90 no Brasil. *Revista Saúde e Ambiente*, 1(2):171-184, 1998.
7. CARVALHO, M. C. B. Avaliação Participativa – uma escolha metodológica. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. RICO, E. M. (org). 2ªed. Ed. Cortez. São Paulo, 1999.
8. CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. *SUS – Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3ª ed. Ed. UNICAMP. Revista e Atualizada, 2001.
9. CHIAVENATO, I. *Administração – Teoria, Processo e Prática*. 3ª ed. Ed. Makron, 2000.
10. COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 2ª ed. Ed. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1993.
11. COHN, A.; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil – Políticas e organização de serviços*. 3ª ed. Ed. Cortez, Cedec, 1999.
12. CONASEMS. *Descentralização e Microrregionalização no âmbito do SUS – Relatório da Oficina Técnica*. XVI Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, mimeografado, 2000.

13. COSTA, N.R. *Justiça Urbana, Saúde e Saneamento na Agenda Social dos anos 80-90*. Tese de Doutorado. Fac. de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de São Paulo, 1996.
14. DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Crise e Reforma do Estado no Brasil. In *Cadernos do Fórum S.P. Século XXI* Tomo V, (15):33, Suplemento Vol. 10, nº 111, 2000.
15. FERNANDES, ^a *Administração Inteligente – novos caminhos para as organizações do século XXI*. Ed. Futura, São Paulo, 2001.
16. FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL E PREVENTIVA *Projeto de Avaliação Permanente de Serviços*. Convênio FINEP/PUCCAMP, mimeografado, 1985.
17. FRANCO, ^a *Desenvolvimento e Organização*, mimeografado, 2001.
18. GALLO, E; VAITSMAN, J.; CAMPOS FILHO, ^oC. Gestão inovadora e cultura organizacional – Ferramentas para a Qualidade nos Serviços Públicos de Saúde. COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (org). In: *Política de Saúde e Inovação Institucional*. ENSP, 1996.
19. GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Ver. De Adm. Pública*, 34(4):147-150, Jul/Ago/2000, FGV, Rio de Janeiro.
20. HARTS, Z.M.^a (org). *Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.
21. IANNI, ^o (organizador); FERNANDES, F. (coordenador). *Marx, Sociologia*, Ed. Ática SP, 3^a ed., 1982.
22. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Planejamento e Políticas Públicas*. IPEA, 1(1), Brasília, 1989.

23. JUNQUEIRA, L.P. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Situação e Mudança*. FUNDAP. São Paulo, 1995.
24. _____. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI, M. *Ciências Sociais e Saúde*. Ed. Hucitec/ABRASCO, 1997.
25. LUZ, M. T. – *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*, Ed. Graal, RJ, 1979.
26. MACEDO, J.N. A Gestão dos Sistemas de Saúde e a Cultura Organizacional – Cultura Organizacional e a Gestão Descentralizada do SUS. Trabalho apresentado no *Seminário sobre Inovações e Gerências em Saúde*. Porto Alegre, captado em 11/11/02, no site [file:///C:/temp/IECache/Te.../Gestão dos Sistemas de Saúde e a Cultura Organizacional.htm](file:///C:/temp/IECache/Te.../Gestão%20dos%20Sistemas%20de%20Saúde%20e%20a%20Cultura%20Organizacional.htm) .
27. MACHADO, R. *Michael Foucault: Microfísica do Poder*, Ed. Graal, RJ, 1979.
28. MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. Ed. Hucitec. São Paulo, 1996.
29. _____. *Programa de Reforma do Sistema Estadual de Saúde do Estado da Bahia: sistemas microrregionais de serviços de saúde e de consórcios internacionais de saúde*, 2000.
30. _____. *Os grandes dilemas do SUS: Tomo I*. Casa da Qualidade Editora, 2001.
31. _____. *Os grandes dilemas do SUS: Tomo II*. Casa da Qualidade Editora, 2001.
32. MERHY, E.E. *A Saúde Pública como Política*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1992.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde*. Brasília (mimeo 1999).
34. _____. *Norma Operacional Básica 1/93 – NOB 1/93*. Brasil.

35. _____ . *Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 1/96*. Brasil.
36. _____ . *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso*. Brasília, 2000.
37. _____ . *Lei 8080*. 2ª ed. Brasília, 1991.
38. _____ . *Lei 8142*. 2ª ed. Brasília, 1991.
39. _____ . *Declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde*. Brasília, s.d., 11 pag.
40. _____ . *Relatório Final do Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS – tendências e perspectivas*, mimeografado, 1999.
41. _____ . *Relatórios parciais do "Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS"*, mimeografado, 2001 à 2002.
42. _____ . CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Ed. MS, 72p., 2002.
43. _____ . SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *O Sistema Federalista Brasileiro e suas implicações na área da saúde*. Brasília, 2002.
44. MORAES, A. *Direito Constitucional*, 10ª ed.. Ed, Atlas, 2001, SP.
45. MOTTA, F.C.P. *Teoria das Organizações Evolução e Crítica*, 2ª ed., rev. Ampl, Ed. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2001.
46. _____ ; FREITAS, M.E. *Vida Psíquica e organização*. 1ª ed., Ed. FGV, Rio de Janeiro, 2000.

47. MOTTA, P.R. *Transformação Organizacional – a teoria e a prática de inovar*. Ed. Qualitymark, Rio de Janeiro, 2000.
48. MÜLLER NETO, J. S. (org) *A Regionalização da Saúde em Mato Grosso – em busca da integralidade da atenção*. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, 2002.
49. OLIVEIRA, J.^a; TEIXEIRA, S.M. (1986). In: *Previdência Social*. R. Petrópolis, Ed. Vozes, 1986.
50. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório da Oficina de Trabalho sobre “Modernização das Secretarias Estaduais de Saúde”*. Brasília, 2002.
51. PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.*, 3^a ed., Ed. FVG, Rio de Janeiro, 1999.
52. PEREIRA, L.C.B. A Reforma Gerencial do Estado de 1995. *Ver. De Adm. Públ.*, 34(4):7-25,2000, FGV, Rio de Janeiro.
53. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.
54. RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. (org) *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro. ENSP, 1996.
55. ROSSETO, C.R.; CUNHA, C.J.C.^a; ORSSATTO, C.H.; MARTIGNAGO, G. *Os elementos da mudança estratégica empresarial: um estudo exploratório*. Teor. Evid. Econ. 4(7/8):111-120, maio/nov/1996. Passo Fundo.
56. ROSSETTO, C.R.; ROSSETTO, ^aM. *A combinação das perspectivas institucional e da dependência de recursos no estudo da adaptação estratégica organizacional*. Teor. Evid. Econ. 7(12):111-136, maio/1999. Passo Fundo.
57. SCHRAIBER, L.B. (Org). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.

58. SEABRE, S.N. A nova administração pública e mudanças organizacionais. *Rev. de Adm. Públ.*, 35(4):19-43, Jul/Ago/2001, FGV, Rio de Janeiro.
59. SILVA, L.M.V. *Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde*, mimeografado, s.d., 23 pag.
60. SILVA, C.L.M.; FONSECA, V.S.; FERNANDES, B.H.R. Mudanças e Estratégia nas Organizações: Perspectivas Cognitiva e Institucional. *Administração em Revista*, ano II, 4, jan/fev/mar/2000.
61. SUBIRATES, J – La puesta en práctica de las políticas públicas in *Análises de políticas públicas y eficacia de la administracion*, (mimeo). Para la Administraciones Públicas, Madrid, 1994.
62. VASCONCELLOS, E.; HEMSLEY, J.R. *Estrutura das organizações – estruturas tradicionais, estruturas para inovação e estrutura matricial*. 2ª ed., Ed. Pioneira, São Paulo, 1989.
63. VIANA, A.L. Avaliação das Políticas Públicas na Área de Saúde. In *Relatório Final – Seminário Promoção da Saúde e Avaliação de Políticas Públicas e Projetos Sociais*. PUC-Campinas. Campinas, 2000.
64. _____. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. CANESQUI, A.M. (org). In *Ciências Sociais em Saúde para o Ensino Médico*. Ed. Hucitec/FAPESP, São Paulo, 2000.
65. _____. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança. In *Descentralização e Políticas Sociais*. Ed. FUNDAP, São Paulo, 1996.



6. ANEXOS

Etapas de Trabalho nos Estados:

1. Levantamento e sistematização dos dados do Estado já existentes no Ministério da Saúde;
2. Contato político com Secretário de Estado da Saúde;
3. Agendamento e envio prévio de roteiro;
4. Reunião com secretário para expor os propósitos da visita e identificar projeto político e expectativas em relação ao projeto de Fortalecimento;
5. Reunião com coordenadores das diferentes áreas para exposição do projeto e objetivos da visita;
6. Reunião com cada equipe de trabalho do nível central visando identificar adequação e fragilidades no seu processo de trabalho bem como necessidades de cooperação técnica no âmbito do projeto;
7. Análise documental: plano estadual de saúde; relatórios; planos operacionais; e estrutura organização, buscando identificar a adequação dos planos e dos modelos de organização e gestão para o cumprimento das diretrizes da política de saúde;
8. Oficina com núcleo estratégico das SES para definição de prioridades à serem contempladas no âmbito do projeto de Fortalecimento.

Roteiro à ser previamente preenchido pelos Técnicos da SES:

Setor: _____

Responsável: _____ Cargo: _____

Composição da Equipe:

Nome	Formação	Cargo/Função

Atribuições formais (constantes na estrutura).

Ações/atividades desenvolvidas (descrição sucinta da dinâmica de trabalho).

Principais avanços ou realizações obtidas durante os dois últimos anos.

Principais dificuldades ou fragilidades atualmente vivenciadas pela equipe.

"Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão
Estadual do SUS"

**ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DIAGNÓSTICOS DE
CADA SES**

Aspectos a serem avaliados

1. Qual a estrutura vigente da Secretaria Estadual de Saúde, no momento da entrevista.
2. Descrever para cada setor:
 - As competências e os processos de trabalho;
 - Os problemas identificados;
 - As demandas para o Projeto de Fortalecimento.
3. Analisar sucintamente o processo de gestão da SES, considerando os seguintes aspectos:
 - Adequação da estrutura vigente:
 - Distribuição de competências e setores;
 - Existência de estruturas colegiadas;
 - Grau de formalidade.
 - Adequação dos processos de trabalho:
 - Fragmentação;
 - Nível de participação;
 - Articulação;
 - Eficácia.

- Dinâmica do Processo Decisório:

- Grau de Burocratização.

4. Análise de processos técnicos específicos da SES:

- Plano Estadual de Saúde:

- Diretrizes e prioridades e adequação do SUS.

- Planejamento Interno da SES;

- Planos e Políticas:

- Descentralização/Regionalização;

- Comunicação Social;

- Desenvolvimento de RH;

- Assistência Farmacêutica;

- Ciência e Tecnologia;

- Informação em Saúde;

- Políticas voltadas para grupos de risco e patologias de alta prevalência.

- Organização da Assistência no Estado:

- Identificar os serviços que estão sendo prestados diretamente pela SES e identificar a existência de planos de diretores destes serviços;

- Processo de Cooperação Técnica com os Municípios;

- Mecanismos e processos de trabalho de avaliação, controle e auditoria do SUS.

- Organização das atividades de Saúde Pública:
 - Identificar as atividades realizadas pela SES;
 - Processo de Cooperação Técnica com os Municípios.

5. Análise dos processos administrativos:

- Organização e adequação dos processos de:
 - Administração de Recursos Humanos;
 - Administração de Recursos Financeiros (Fundo Municipal de Saúde);
 - Administração e Manutenção Predial e de Equipamentos;
 - Planejamento e Logística de Compra, Abastecimento, Distribuição de Insumos e Materiais;
 - Administração de Serviços Gerais (transporte, segurança, limpeza, etc...);
 - Administração de Contratos e Convênios.

Atividades em desenvolvimento nas SES

Mesmo considerando a diversidade existente entre as várias Secretarias de Estado da Saúde no Brasil, pode se afirmar que frente as atribuições hoje colocadas pelo SUS para estes gestores, consegue-se identificar um conjunto de atividades que necessariamente encontram-se em desenvolvimento nestas organizações. Assim é que, buscando agrupar essas atividades pela sua natureza, espera-se "idealmente" encontrar numa dada Secretaria de Estado da Saúde os seguintes agrupamentos de atividades em desenvolvimento:

1. Planejamento e gestão interna da própria SES;
2. Assistência integral à saúde individual;
3. Saúde pública/coletiva (vigilância epidemiológica e sanitária);
4. Gestão e regulação do sistema de saúde;
5. Informação em saúde;
6. Ações programáticas em saúde;
7. Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;
8. Desenvolvimento e administração de RH em saúde;
9. Comunicação social em saúde;
10. Administração financeira;
11. Administração de materiais, equipamentos e insumos;
12. Desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa.

Deve-se salientar contudo, que o arranjo institucional dessas atividades, apresenta-se também de forma bastante diversa em função da cultura institucional vigente, dos recursos existentes e principalmente do próprio desenvolvimento do SUS no Estado.