



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Alexandre de Souza Ramos

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM APARELHO FORMADOR:
O CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DA BAHIA, 1971 – 2006.**

Salvador

2011

Alexandre de Souza Ramos

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM APARELHO FORMADOR:
O CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DA BAHIA, 1971 – 2006.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim

Salvador

2011

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

R175i Ramos, Alexandre de Souza.

A Institucionalização de um aparelho formador: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia / Alexandre de Souza Ramos. – Salvador: A.S. Ramos, 2011.

172 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Poder. 3. Governo. 4. Saúde Pública.

I. Título.

CDU 614

Alexandre de Souza Ramos

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM APARELHO FORMADOR:
O CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DA BAHIA, 1971 – 2006.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim (Orientador) – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho – Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

**Salvador
2011**

*“Não se faz política sem sujeitos.
Não se implementam políticas sem recursos de poder.
Não podemos ser iluministas, impunemente, a vida toda
Se quisermos formular e implementar políticas de
saúde efetivamente novas, ou acionamos recursos
de poder que tenham origem nos seus destinatários,
ou elas não serão alternativas, muito menos novas”
Jairnilson Paim (2002, p. 269).*

Para

*Maria e José, meus pais,
por todo amor, carinho e ensinamentos!*

*Ilana, Mayara e Larissa, minhas irmãs,
por tudo que sempre dividimos,
em vocês a inspiração,
mulheres-mães-guerreiras!*

*Guigui e Lori, meus sobrinhos,
como é bom ter vocês, em nossas vidas!*

AGRADECIMENTOS

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Sabino

Ao concluir essa etapa de formação, não há como deixar de olhar para uma história recente da minha vida e relembrar as coisas que aconteceram. São muitos os reconhecimentos que tenho a fazer para familiares, companheiros militantes, amigos recentes e outros de longa data, colegas de gestão e pessoas que de algum modo se envolveram e me apoiaram na construção desta dissertação, além desses, aos queridos entrevistados, que contribuíram para construção desse caminhar, na análise de uma história que me envolveu e é envolvente.

Ao meu querido orientador, Professor Jairnilson Paim, por quem tenho admiração desde a época da faculdade. Os anos se passaram, e os caminhos da vida me trouxeram a Bahia. Aqui a oportunidade de conhecer esse grande mestre, a quem posso hoje dizer que, foi mais que um professor, tornou-se uma grande referência de vida, um grande amigo! Obrigado por acreditar em mim! Agradeço também a sua linda família, que me acolheu com muito carinho D. Terezinha, Maurício, Marcele, Luquinha e RGB!

Agradeço às Professoras Carmem Teixeira e Thereza Coelho pelas colaborações importantes na banca de qualificação, momento que me ajudou a repensar a trajetória do meu projeto, demonstrando-me que sempre é possível construir um bom estudo.

Ao Instituto de Saúde Coletiva pela oportunidade aprender, em especial, aos professores do Luis Eugênio Portela, Ana Luisa Vilas-Boas, Mônica Nunes e Isabela Pinto.

Aos queridos entrevistados: Anete Barreto, José Aberto Hermógenes, José Carlos Barbosa, Maria Terezinha Moreira, Márcia Sampaio Oliveira, Renilson Rehem de Souza,

Tânia Celeste de Matos Nunes, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, meu muito obrigado, sem vocês essa caminhada seria difícil!

Ao Secretário Jorge Solla, minha admiração e gratidão pela compreensão e confiança.

Ao grupo gestor da SESAB, Amaury Teixeira, Andrés Alonso, Bruno Guimarães, Edson Miranda, Eduardo Reis, Fabiano Ribeiro, Gisélia Souza, José Raimundo, Lucia Alencar, Marília Fontoura, Ricardo Heizelmman, Ricardo Sousa, Telma Dantas, Washington Abreu e Washington Couto.

Aos amigos da SESAB, em especial os da Diretoria de Atenção Básica e da Escola Estadual de Saúde Pública.

A todos os companheiros da FESF-SUS, em especial, João Cavalcanti, Carol Duarte, Ailton Cardozo, Jerzey Timoteo (Tim), Janaina Pontes, Thiago Campos e Antônio Carlos.

Aos amigos de faculdade e companheiros do Movimento Estudantil, que sempre estiveram comigo, Adriana Cavalcanti, Ana Virginia Verissimo, Manoel Henrique Miranda, Iara Lopes, Bernardo Vaz, Bernadete Monteiro, Hozana Passos e Américo Mori.

A todos viveram a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, em Aracaju/SE. Nossas coordenadoras Claudinha e Aida (*in memoriam*); Aos que foram residentes Lupe, Rose, Mille, Jonsos, Esteban, Bruno, Helga, Fran e Léo. E os que conosco compartilharam ensinamentos Rogério Carvalho, Ricardo Ceccin, Alcindo Ferla, Emerson Merhy, Aluísio Gomes Silva Jr e Emerson Canonici.

A equipe da Biblioteca Pública do Estado da Bahia, da Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado e do Arquivo Público da Bahia.

A Revista Baiana de Saúde Pública, no nome de sua Editora Chefe Lorene Pinto e da Secretaria Executiva Lucitânia Aleluia pela ajuda e todo o material disponibilizado.

A Rede de Escolas e Centros Formadores de Saúde Pública e Saúde Coletiva. Em especial a Professora Tânia Celeste, obrigado pelo apoio e incentivo! No meio de tantas possibilidades, sua ajuda foi muito valiosa.

A nova equipe de trabalho no Departamento Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A Creuza, Ana e Néa por todo apoio durante essa jornada, inclusive com árdua tarefa de transcrições das materiais e revisão da dissertação.

A Luciano, Adriana, Kaká e Luiza minha família baiana, quando aqui cheguei em 2007.

A Edleide, que me ajudou em muitos momentos dessa caminhada. Problematizando escolhas, caminhos, tirando dúvidas, me fazendo aprender! Você é alguém que admiro, respeito e tenho um carinho especial. A Gueguel e Clarinha que me ajudaram a sempre manter a alegria de brincar!

A Luís André, amigo-irmão, sua linda esposa Deni e o pequeno Peu, que tenho no coração como meu sobrinho.

A Hêider meu respeito e admiração, por ser quem é! Companheiro de importantes momentos de luta e aprendizagem. Um amigo-irmão, que agora constrói sua linda família com Érica e a chegada da pequena Lua.

A Regis e a Carol , que me acompanharam nesses últimos anos, *sempre me cuidando!*

A Osvaldo, Andréia e Bia, por sempre me acolherem. Agora a família é brasiliense!

A Ivone e Moura, sempre carinhosos comigo. *Parêa* estamos sempre juntos!

A Itamar e Zelinha por serem tudo o que são pra mim! Referências de amor e companheirismo.

A Minha Família, motivo de ser quem eu sou! Devo tudo a vocês, Obrigado por entenderem meus momentos de ausência. À distância nunca nos separou mesmo todos esses anos!

RESUMO

RAMOS, A.S. **A institucionalização de um aparelho formador: O caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 1971 - 2006.** Salvador, 2011. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

O presente estudo procura analisar o processo de institucionalização dos espaços para formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – RHS na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, entre 1971 e 2006. Observando as modificações no campo da saúde e a evolução histórica e política brasileira e baiana, a pesquisa buscou compreender a criação, desenvolvimento e (re)estruturação do Aparelho para Formação e Desenvolvimento de RHS (AFD-RHS) na SESAB, em três períodos históricos (1971 - 1986, 1987 - 1990 e 1991 - 2006). No primeiro período, sob a face do governo militar, se organizam movimentos para o surgimento de um espaço de formação dentro dessa instituição. No segundo período observa-se certa ruptura com a linha política e ideológica que dominava a Bahia, com repercussões para o setor saúde e para o AFD-RHS. No terceiro período, houve o retorno e continuidade de aliados que se revezavam no poder no chamado *Carlismo*. O desenho desse estudo de caso histórico privilegiou a investigação qualitativa de caráter exploratório, com pesquisa documental e entrevistas, voltadas para ex-dirigentes dos órgãos de RHS da SESAB. Na fundamentação teórica utilizou-se o referencial elaborado por Mario Testa para análise de instituições, considerando os diferentes tipos de poder setorial (técnico, administrativo, político) e as estratégias de hegemonia. Os resultados apresentados indicam a trajetória de expansão do AFD-RHS, destacando a ação dos sujeitos na conformação dessa estrutura. Condiz com algumas reflexões no sentido de interpretar as razões quanto a criação, surgimento ou (re)estruturação (*motivo-porque*) desse aparelho e quanto à necessidade ou demanda social (*motivo-para*) que tem buscado atender.

DESCRITORES: aparelho de formação e desenvolvimento, recursos humanos em saúde, estudo de caso, poder, Estado.

ABSTRACT

RAMOS, A.S. The institutionalization of an educational apparatus: The case of the Health Department of the State of Bahia, 1971 – 2006. Salvador, 2011. 172 p. Dissertation (Masters in Community Health) – Institute of Collective Health. Federal University of Bahia.

This study aims to analyze the institutionalization process of places for training and development of Human Resources for Health - RHS at Health Secretary of the State of Bahia - SESAB between 1971 and 2006. According to changes in health policy and the historical and political evolution in both Brazil and Bahia, the research sought to understand the creation, development and (re) structuring of Training and Development Unit of RHS (AFD-RHS) in SESAB in three distinct historical periods (1971 to 1986, 1987 to 1990 and from 1991 to 2006). In the first period, in the face of the military government, several actions are organized in order to emerge an education space within that institution. In the second period there is a certain rupture between both the ideological and political line which dominated Bahia, with repercussions for the health sector and the AFD-RHS. In the third period, there was continuity and the return of some allies who took turns in power during the period known as Carlism. The layout of this historical case study research focused on the qualitative exploratory, documentary research and interviews done with former leaders of the organs of the RHS SESAB. In the theoretical foundation was used the reference prepared by Mario Testa for analysis of institutions, considering the different types of power sectors (technical, administrative, political) and the strategies of hegemony. The results presented indicate the trend of expansion of the AFD-RHS, highlighting the actions of their members in the conformation of this structure. Consistent with some reflections to interpret the reasons as the creation, appearance or (re) structuring (reason-why) this device and the need or social demand (reason-to) which has sought to answer.

KEYWORDS: device development and training, health human resources, case studies power, State.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACM - Antônio Carlos Magalhães
AIS - Ações Integradas de Saúde
ASPLAN - Assessoria de Planejamento
ASTECH - Assessoria Técnica da Coordenação de Saúde
BIREME/OPAS - Biblioteca Regional de Medicina da OPAS
CADRHU - Curso de Aperfeiçoamento de Recursos Humanos
CDA - Centro de Desenvolvimento de Administração
CDAE- Cursos Descentralizados de Auxiliar de Enfermagem
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEGTES - Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação e na Saúde
CENDRHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CES - Conselho Estadual de Saúde
CETRE - Centro de Treinamento
CICAN - Serviço Estadual de Oncologia
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DEPS - Departamento de Educação Permanente
DICAP - Divisão de Capacitação
DICOD - Divisão de Comunicação e Documentação
DIREs - Diretorias Regionais de Saúde
DIAPIN- Divisão de Apoio e Instrumentalização de Recursos Humanos

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública “Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto”

EFTS - Escola de Formação Técnica em Saúde “Professor Jorge Novis”

ENA – École Nationale d’Administration

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMS - Fundos Municipais de Saúde

FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNDAÇÃO SESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNDESP - Fundação para o Desenvolvimento do Servidor Público

FUSEB – Fundação de Saúde do Estado da Bahia

GEPPE - Grupo Executivo da Política de Pessoal

HEMOBA - Hemocentro da Bahia

IFF – Instituto Fernando Figueira

ILPES - Instituto Latinoamericano e do Caribe de Planificação Econômica e Social

IIMCAS – Introdução Inovações Metodológicas na Capacitação de Auxiliares de Saúde

IPMF - Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira

INA – Instituto Nacional de Administração

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INAP – Instituto Nacional de Administração Pública

INTERSAUDE - Comissão Interinstitucional de Saúde

ISAP – Instituto Superior de Administração Pública

ISEB – Instituto de Saúde do Estado da Bahia

LOAS – Lei Orgânica da Saúde

NDRH - Núcleo de capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos

NOB/SUS - Normas Operacionais Básicas do SUS

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OS - Organizações Sociais

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEC – Programa de Extensão e Cobertura

PECE - Programa Especial de Controle da Esquistossomose

PECs - Programas de Extensão e Cobertura
PFL – Partido da Frente Liberal
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIDA - Programa Docente Assistencial
PISEB - Plano de Implantação do Sistema Nacional de Saúde na Bahia
PLE - Projeto Larga Escola
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PPREPS - Programa Nacional de Preparação e Distribuição Estratégica Pessoal Em Saúde
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRODEB - Companhia De Processamento De Dados Do Estado Da Bahia
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
GERUS - Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde
IDA - Integração Docente-Assistencial
PSD - Partido Social Democrático
PSF – Programa Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
PTCRHAS - Plano Trienal de Capacitação de Recursos Humanos na Área de Saúde
RET-SUS - Rede de Escolas de Formação Técnica do SUS
RHS - Recursos Humanos em Saúde
SAEB - Secretaria de Administração do Estado da Bahia
SARAH/Salvador- Hospital de Medicina do Aparelho Locomotor do Nordeste
SEPLANTEC - Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia
SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDENE - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUPECS - Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde
SUPERH- Superintendência de Recursos Humanos
SUS – Sistema Único de Saúde
UDN - União Democrática Nacional

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFORTEC - Unidade de Formação Técnica do Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

UNIIDA - Rede União, Universidade, Unidade e Integração Docente Assistencial

USAID - Agência Norte-Americana de Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a criação de um “Novo” Estado	19
1.2 Distintos significados e uma escolha: Recursos Humanos em Saúde - RHS	22
1.3 Objetivos	24
2 METODOLOGIA	26
2.1 Referencial Teórico	26
2.2 Desenho de Estudo	29
2.3 Procedimentos e Técnicas para Produção de Dados	30
3.3.1 Sujeitos da Pesquisa e Instrumento de coleta de dados	32
3.3.2 Coleta de Dados e Análise Documental	33
2.3.3 Organização e Análise dos Dados da Pesquisa	34
2.3.4 Princípios Éticos da Pesquisa	35
3 CONTEXTO POLÍTICO NA BAHIA	37
4 PRIMEIRO PERÍODO 1971 - 1986: A MARCA DE UM ESTADO AUTORITÁRIO	40
4.1 O auge do primeiro carlismo (1971 - 1975)	40
4.2 O “nascimento” do Centro de Treinamento	44
4.3 Um governador que não estava no <i>script</i> (1975 - 1979)	46
4.4 O Centro de Treinamento e a articulação com o PIASS e o PREPS	51
4.5 O começo do carlismo baiano-nacional (1979 - 1983)	62
4.6 A ampliação do espaço da formação e desenvolvimento de RHS: do CETRE ao CENDRHU	67
4.7 Na primeira eleição direta, um governo sem sal... (1983 – 1987)	75
5 SEGUNDO PERÍODO 1987 A 1989: UM “MOMENTO DEMOCRÁTICO” NA POLÍTICA BAIANA	82
5.1 Um projeto de governo democrático	82
5.2 A “criação” de um novo Núcleo num processo de Gestão Sistemico	92
5.3 Um governo “com sal – branco e barato” (1989 a 1990)	98
	33

6 TERCEIRO PERÍODO 1990 A 2006: O FORTALECIMENTO E DECLÍNIO DO CARLISMO BAIANO-NACIONAL	101
6.1 Ascensão do carlismo baiano-nacional (1991 a 1995)	101
6.2 A Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos: do surgimento da UFORTEC a criação da EFTS.	110
6.3 O início do <i>Carlismo pós-carlista</i> (1995 a 1999)	114
6.4 Na CENDHRU apenas continuidade	118
6.5 A crise no carlismo baiano-nacional (1999 a 2003)	120
6.6 A Reforma Administrativa que criou a SUPECS propicia a criação da EESP	123
6.7 O Final do ciclo Carlista (2003 a 2006)?	128
6.8 A atuação de duas Escolas: EESP e EFTS	131
7 DISCUSSÃO	136
8 REFERÊNCIAS	143
APENDICE	
- APENDICE A - Roteiro das Entrevistas	
- APENDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	
- APENDICE C - Matriz de Analise	
ANEXOS	
- ANEXO A - Demonstrativo das Estruturas Regimentais de RHS da SESAB	
- ANEXO B - Lista de Documentos Consultados	
- ANEXO C - Lista dos Ex-dirigentes Entrevistados	
- ANEXO D - Lista Legislações Consultadas	

INTRODUÇÃO

*Viajar pela leitura
sem rumo, sem intenção.
Só para viver a aventura
que é ter um livro nas mãos.
Clarice Pacheco*

A formação em recursos humanos para o exercício de funções na administração pública iniciou-se no período pós-guerra com o objetivo de reconstruir o aparato estatal, profissionalizar o Estado e constituí-lo de carreiras que contassem com uma atuação voltada para as suas peculiaridades, promovendo com isso, uma redefinição do Estado e dotando-o das responsabilidades correspondentes a sua nova composição.

Os países europeus foram os primeiros no mundo a constituírem aparelhos formadores¹, em sua maioria, nos anos de 1960, sendo que, a École Nationale d'Administration - ENA teve sua fundação em 1945, na França, e o Instituto Nacional de Administração - INA, em Portugal, somente em 1979 (CARVALHO, 2005).

Na América Latina, o surgimento desses aparelhos aconteceu em décadas distintas: o Instituto Nacional de Administração Pública - INAP do México data de 1955; na Argentina, a Escuela de Salud Pública, em 1958 e o INAP seria organizado em 1973, em substituição ao antigo Instituto Superior de Administração Pública (ISAP), criado em 1958 (SOUZA 1996; TESTA *et al*, 1994).

No Brasil, diferentes aparelhos formadores estão vinculados as esferas de governos – federal, estadual e municipal - e têm sua atuação voltada para a área de capacitação, treinamento e formação de recursos humanos para o setor público.

Em um grupo reúnem-se instituições que foram criadas com a missão de capacitar em diversos níveis os recursos humanos vinculados a áreas e carreiras específicas de atuação do Estado. No outro, as que não obstante atuarem com capacitação do setor público, não se vinculam, especificamente, a nenhuma carreira de Estado. São àquelas que têm sua atuação voltada para formação do grande contingente de recursos humanos, distribuídos em todos os níveis e áreas da burocracia do Estado (ZOUAIN, 2003).

¹ Para esse estudo considera-se como noção de aparelhos formadores as estruturas ou espaços políticos gerenciais, organizados dentro do Aparato Estatal, com a função de promover ações de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o exercício ou função de interesse público, neste caso, no setor saúde.

Sabe-se que, em todo o país, os aparelhos formadores adquirem diferentes denominações, estruturas organizacionais e linhas de atuação. Mas, têm em comum o fato de desenvolverem e disponibilizarem uma gama de cursos técnicos, administrativos e gerenciais, em diversos níveis, para múltiplas e diferenciadas áreas e contingentes de formação de recursos humanos (ZOUAIN, 2003).

A origem desses aparelhos formadores no Brasil teve como marco a Escola de Administração Fazendária que remonta a 1945, quando ocorreu a implantação dos cursos de aperfeiçoamento do Ministério da Fazenda. Esses cursos constituíram em 1967, o Centro de Treinamento do Ministério da Fazenda - Cetremfa, que se transformou, em 1973, na atual instituição ESAF (PACHECO, 2000).

No setor saúde, tem-se em 1946, no bojo da reforma administrativa mineira, conhecida como “Reforma Alvino de Paula”, a criação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010). Em 1954 a criação da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, e em 1958 a Escola de Saúde Pública do Paraná (PARANÁ, 2010). Estas representaram um marco no nascimento desses AFD-RHS no Brasil. No entanto, outra importante estrutura formadora, a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), só surgiu em 1986, num contexto que anunciava uma grande reforma administrativa no país (PACHECO, 2000).

Essas instituições buscavam aprimorar a função administrativa, diminuindo a interferência clientelista na gestão pública, além de conferir maior grau de transparência e qualidade técnica ao processo de formulação de políticas públicas. As ações de formação tentavam trabalhar a reestruturação dos aparelhos de Estado, o fortalecimento dos técnicos e dos agentes ordenadores de uma modernização técnica, política e ideológica do aparato estatal (TEIXEIRA, 1982).

O papel dos aparelhos formadores evoluiu no contexto das reformas administrativas do setor público. E, se sua origem foi em geral marcada pelo propósito de formar a burocracia estatal, tendo como referência o modelo francês, na atualidade seu desafio é qualificar os recursos humanos existentes, sobretudo dirigentes, e formar novos profissionais para o setor público que se engajem no exercício dos valores republicanos e na superação da chamada “cultura burocrática” (CARVALHO, 2005).

1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a criação de um “Novo” Estado

O Golpe Militar em 1964 imprimiu ao Estado brasileiro um conjunto de transformações políticas, sociais e culturais. Com a promessa de grandes mudanças econômicas na sociedade brasileira, apoiada na interferência do capital internacional observava-se uma “nova” etapa para a industrialização nacional. As mudanças no cenário político, consequência da intervenção militar, colocaram partidos e movimentos sociais na ilegalidade. Políticos, estudantes e religiosos foram perseguidos, presos, torturados ou exilados (SADER, 1995).

As reformas prometiam progresso e desenvolvimento. Todavia o que se verificou foi à fabricação de números, a produção do chamado “*milagre econômico*” e uma crise profunda ao final de duas décadas de regime militar com repressão dos trabalhadores e da sua organização.

A formação de trabalhadores em saúde estava colocada no contexto político, e desde 1965, a SUDENE apoiava esta ação, através da Divisão de Saúde, do seu Departamento de Recursos Humanos (TEIXEIRA, 1982).

A reforma administrativa implantada com o Decreto Lei nº 200 em 1967, também apontava a necessidade de formação dos trabalhadores, com maior aproximação entre a concepção de Estado e de Política Pública.

O início da década de 70 foi, portanto, um momento de implementação dessas reformas, quando se tornam concretas as necessidades de preparação de recursos humanos requerendo das escolas uma reorganização de caráter pedagógico, que viesse a traduzir aquelas diretrizes em uma nova forma de gestão do setor público (Reforma Administrativa) (NUNES, 1998, p.70).

Os processos de formação em Saúde Pública precisavam repensar sua estrutura, enfatizando o componente de administração para formar um sanitarista com perfil para gestão dos serviços de saúde. Apontava-se a necessidade de orientar a formação à demanda governamental, ou seja, uma maior aproximação com as necessidades do serviço.

Contudo, somente em 1976, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Preparação de Pessoal Estratégico para a Saúde (PPREPS), que visava a capacitar uma grande quantidade de profissionais de saúde a partir da extensão da cobertura das ações básicas de saúde (TEIXEIRA, 1982).

No final daquela década, entretanto, o Brasil passava por uma profunda crise econômica e política, que colocava em xeque o regime militar. No novo cenário, ocorreram algumas transformações sociais, principalmente no que se refere ao re-surgimento dos movimentos sociais e a articulação das forças progressistas objetivando mudanças no Estado, fatos que possivelmente influenciaram no re-ordenamento da sua natureza social, resultando em novos fundamentos e possibilidades de mudanças nas relações de classe, poder e políticas junto à sociedade civil.

O fortalecimento de diferentes movimentos sociais, envolvendo trabalhadores, setores populares, estudantes e intelectuais influenciou no processo de redemocratização do Brasil, o que no setor saúde permitiu um posicionamento contrário às políticas de saúde autoritárias e privatizantes. Com o surgimento de novos atores no cenário nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, em julho de 1976, o debate da democratização da saúde se constituiu como organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde (PAIM, 2008).

Desenvolve-se nesse contexto uma luta político-social onde os diversos atores da Reforma Sanitária defendiam os princípios universalidade, integralidade e participação social, colocando-se em confronto nas mais diversas esferas sociais, seja através dos movimentos sociais ou no interior dos aparelhos e das instituições (GALLO; NASCIMENTO, 2006; PAIM, 2002, 2008).

Esses fatos geraram condições e possibilidades de modificações nas políticas públicas, que no caso da saúde, sai da condição de uma simples contenção de doenças, da lógica assistencialista para uma parcela da população, e vai para uma lógica do direito e da responsabilidade social por parte da ação estatal para toda a população, o que confere um novo contexto e identificação histórica às questões que envolvem a saúde.

As novas formas institucionais a serem constituídas apontaram para necessidade de superar o “modo liberal”, ampliando e aprofundando as instituições de direito público, e assim, fazendo com que a vida econômica e social, em seu conjunto, submetesse-se a critérios verdadeiramente sociais, democráticos e de controle político (DRAIBE, 2004).

Como refere Gallo e Nascimento (2006) estávamos num universo gramsciano, uma guerra de posição se desenvolvia com caminhos tortuosos, onde atores a favor e contra a Reforma Sanitária defendiam seus ideários e entravam em luta (de forma velada e aberta), nas mais diversas instâncias - no interior da sociedade, dos aparelhos e

instituições de saúde, junto às organizações da sociedade, no Congresso e nas instituições profissionais do setor -, no contexto de uma grave crise social.

Nesse cenário, com a função de apoiar as instituições de saúde pública e também a de formar profissionais técnicos especializados na área da saúde, ENSP apresentou-se como um ator de destaque entre as Escolas de Governo (CARVALHO, 2005). Consolidou-se como instituição de ensino de referência no campo da saúde pública tornando-se uma arena privilegiada, onde durante seus anos de existência diferentes correntes alternam-se no seu comando.

Em especial na década de 1980, sua atuação e em particular do seu maior ícone o professor Sérgio Arouca, a saúde pública brasileira avança e a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, torna-se o marco histórico das transformações do sistema de saúde nacional. (CARVALHO, 2005). O tema da conferência “*Saúde como direito de todos e dever do Estado*” - uma das bandeiras do Movimento Sanitário – abrange setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais, promovendo uma ampla mobilização no conjunto da sociedade (GALLO; NASCIMENTO, 2006).

Nesse momento histórico o Movimento Sanitário apresenta-se como ator central na defesa das mais profundas transformações que deveriam ser realizadas na sociedade brasileira (reforma agrária, reforma urbana, democratização dos meios de produção e distribuição de renda, democratização dos meios de comunicação, democratização do acesso à educação gratuita e à assistência de saúde) (PAIM, 2002; LUZ, 2007).

As lutas pela democratização da saúde e as deliberações da VIII CNS deram subsídios à Constituição e posteriormente as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS 8.080/90 e 8.142/90). Os princípios jurídicos institucionais contidos nesta legislação passaram a demandar das instituições de saúde práticas de gestão, capazes de organizar ações e serviços de saúde sob uma nova ordem política, jurídica e institucional.

No entanto, na década de 1990, políticos e formuladores de políticas públicas, tomaram como tema central de debate o ajuste estrutural do Estado. Em termos analíticos o ajuste fiscal e a reforma estavam orientados para o mercado e foram os principais objetos de estudo devido ao processo de crise e endividamento internacional (PEREIRA, 2008).

O momento era adverso para o Movimento Sanitário e para o SUS. Crises e ajustes estruturais, imposto pelas políticas de estabilização econômica, o movimento de reestruturação dos governos e de sua relação com a sociedade e o mercado, denominado

Reforma de Estado (BRASIL, 1995), traduziam o discurso de se implantar novas formas de gestão pública eficiente, que permitissem a consecução das metas coletivas que viabilizassem formas alternativas de administrar a inserção da ordem globalizada, com baixo custo para o Estado, ou sua mínima intervenção social (PEREIRA, 2008).

Este contexto representava mais um desafio para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que, seu projeto não se resumia ao setor saúde, e mais especificamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas por assim dizer, buscava uma nova hegemonia da saúde na sociedade (PAIM, 2008).

Esses são marcos para analisar a institucionalização dos espaços para formação de RHS, observando as organizações burocráticas, como o Estado, que reproduzem a estrutura social característica de sua formação social, tendo assim, a história como um marco explicativo para a compreensão do arcabouço institucional do Estado e seus aparelhos, vistos como, a condensação de determinadas relações políticas.

Contudo essa evolução histórica da democracia política, social e cultural brasileira não pode ser analisada em etapas lineares. As modificações no campo da saúde seguem as ocorridas na concepção do modelo de Estado, como também as peculiaridades da formação social brasileira.

1.2 Distintos significados e uma escolha: Recursos Humanos em Saúde - RHS

Estudar temas ligados a área de Recursos Humanos em Saúde, no Brasil, no momento em que acontece a introdução permanente de novas tecnologias nos serviços de saúde, é um grande desafio, a começar pela definição conceitual da própria área, Recursos Humanos em Saúde - RHS, que agrega um conjunto de debates não apenas semânticos, mas, com caráter marcado por distintas compreensões epistemológicas. Assim, exige-se não apenas o cuidado na escolha das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a compreensão dos temas em estudo, mas, sobretudo, a habilidade na análise, para identificar além dos limites e possibilidades, as estratégias que ajudem a construir alternativas políticas (PAIM, 1994).

Nesse sentido, como diria Teixeira (2003) para “*desatar os nós e criar laços*”, sabendo desses desafios, no presente estudo optou-se pela seguinte definição de Recursos Humanos em Saúde:

Conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Estes

envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (tradicional). Se as ações de saúde são impensáveis sem os responsáveis pela sua execução, nada mais óbvio que entender todos aqueles capazes de cuidar da saúde como RHS, socialmente legitimados ou não. Há, porém, que superar a idéia de RHS como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão de trabalho (PAIM, 1994, p. 3).

Esta compreensão ampliada sobre RHS permite que não se excluam noções e conceitos mais amplos. Ao se escolher esta definição assume-se um conjunto mais amplo de conceituações desenvolvidas pelo autor no referido estudo².

As transformações no cenário baiano contribuíram para uma diversidade de atores envolvidos na arena decisória. A heterogeneidade dos problemas e a multiplicidade de respostas/ações públicas são alguns exemplos de questões que podiam influenciar a organização do espaço para formação e desenvolvimento de recursos humanos.

Nesse estudo, observaremos três grandes períodos na história da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia: de 1971 a 1986, de 1987 a 1990 e de 1991 até 2006. Esta Secretaria de Saúde como parte da estrutura administrativa e organizacional do Estado da Bahia é compreendida como uma instituição hipercomplexa (TESTA, 2006; COELHO, 2001).

Assim, ao trabalhar as instituições hipercomplexas, o autor propõe a recuperação da produção de sentido no processo produtivo e de reprodução da sociedade por meio do estímulo aos espaços de diálogo, do encontro, da cultura e da expansão. Para isso refere que a cidadania é peça central e expressão da constituição dos sujeitos sociais e ainda que:

En esta perspectiva, las actividades que se desarrollan en instituciones cuya pretensión es ser algo más que productoras de bienes y servicios necesarios para satisfacer necesidades, sino que

² *Pessoal de saúde*, são os agentes formalmente habilitados no campo do saber e inseridos no mercado de trabalho do chamado setor saúde, apresenta certa utilidade para orientar a formação, o desenvolvimento e a gestão de parte expressiva dos RHS. *Força de trabalho*, ao tempo em que possibilita incursões analíticas nos campos da economia política e da demografia, favorece a identificação de tendências estruturais e conjunturais que determinam o espaço de manobra da formação e da utilização do pessoal de saúde, já que passa a evidenciar a problemática do emprego, a estrutura ocupacional, o mercado de trabalho, enfim, as restrições e possibilidade da base econômica de uma dada formação social. *Categorias profissionais*, permite reter certas particularidades de agentes tecnicamente preparados para exceder determinadas profissões no contexto da divisão técnica e social do trabalho em saúde, apreendendo elementos culturais e subjetivos que compõem as “ideologias ocupacionais” de cada corporação. *Agentes* (das práticas de saúde) retém a conotação de “pessoal de saúde”, acima mencionada, mas aponta, simultaneamente, para a possibilidade de análises mais concretas do processo de trabalho em saúde. *Trabalhadores de saúde* “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (PAIM, 1994, p. 4-5).

intentan intervenir en esa construcción de sentido, deben pensar en cómo – y no sólo qué – hacer para construir su propia alma, que es también la de sus trabajadores (TESTA, 1997, p.47).

A inquietação enunciada aqui é de um olhar que tenta compreender a dimensão histórica e as relações entre o objeto em observação - numa instituição hipercomplexa, traduzido em elementos concretos, no período histórico estabelecido entre os anos de 1971 e 2006 a partir da pergunta de investigação de “como se institucionalizou o espaço para formação de recursos humanos no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia?”

Havendo poucas informações sistematizadas sobre o tema da SESAB podemos considerar que há uma lacuna sobre o conhecimento produzido e compreendendo que as ações de formação e desenvolvimento para RHS demandavam a realização de uma investigação sobre o período histórico recente na Secretaria. A pesquisa poderia contribuir para o debate e desenvolvimento da temática, além de fornecer subsídios para o fortalecimento de políticas públicas no âmbito da formação e desenvolvimento de RHS³.

Nessa perspectiva caberia investigar buscando responder duas questões complexas:

- Como foram institucionalizados os espaços de formação na SESAB?
- Que atores contribuíram na institucionalização desses espaços e quais aparelhos formadores foram criados na instituição?

Desse modo, o estudo apresenta os seguintes objetivos:

Geral

- Analisar o processo de institucionalização dos espaços de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB, entre o período de 1971 a 2006.

³ Soma-se como motivação, a participação recente como dirigente da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto - EESP, diretoria que tem por finalidade, desenvolver ações de qualificação, formação e educação permanente para os profissionais de saúde no âmbito do Estado. (BAHIA, 2007). Além da busca por compreender um pouco do passado recente, observando suas contribuições para o momento atual, e para não constituir uma zona de interseção, localizo o término do estudo no ano de 2006, evitando encontro com o momento em que passo a compor a equipe de gestão da secretaria, janeiro de 2007.

Específicos

- Descrever a processo de institucionalização dos espaços para formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde na SESAB;
- Descrever políticas de recursos humanos desenvolvidas durante o processo de institucionalização dos espaços para formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde na SESAB;
- Identificar os atores que contribuíram para institucionalização dos espaços de formação e desenvolvimento de formação recursos humanos em saúde na SESAB;

2. METODOLOGIA

*Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim
todos os sonhos do mundo.
Fernando Pessoa*

2.1 Referencial Teórico

Fazer a escolha teórica para orientar a análise de um estudo não é uma tarefa simples. Assim, nesse momento apenas apresentam-se algumas categorias para organizar e reorganizar, compor e re-compor um quadro teórico, uma vez que, novos elementos se revelaram no decorrer do trabalho de campo.

Este estudo integra a linha de pesquisa sobre “políticas, instituições e práticas de saúde” (PIPS) do ISC/UFBA e busca explorar diferentes horizontes de análise e de interpretação apoiando-se nas teorias do Estado, dos seus aparelhos, e do seu pessoal, bem como da teoria do processo de trabalho em saúde (PAIM, 2002).

Para abordar a institucionalização⁴ do processo de formação e desenvolvimento de RHS a pesquisa procurou se aproximar do estudo do Aparato Estatal considerando a categoria poder. Assim, no estudo dos tipos e do exercício do poder nas instituições não se pode limitar às relações cristalizadas e instituídas em leis, normas, procedimentos e valores (PAIM, 2002). É necessário, pensar o poder enquanto relações de submissão, resistência e oposição, e analisar seu comportamento em cada pólo: Estado, burocracias e sociedade, reconhecendo a forma pela qual os indivíduos introjetam as relações de poder em cada espaço e constroem sua subjetividade. É por meio de uma “maneira de viver” o poder que os indivíduos terminam construindo suas relações sociais, sua cidadania “passiva” ou “ativa”, o seu exercício de poder “autoritário” ou “democrático” (COELHO; PAIM, 2001).

⁴ Para o conceito de institucionalização, recorre-se a dois outros conceitos estruturantes na Análise Institucional (ALTOÉ, 2004) e nesse estudo é trabalhado como derivação da compreensão entre a ação instituinte e a instituída. A primeira entendida como a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como *significante* da prática social. Já a segunda ação colocada como a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política). Assim, a institucionalização como o processo que resulta da alternância entre ação das políticas novas e as já existentes, nesse estudo para a formação de recursos humanos em saúde.

Do ponto de vista teórico e metodológico o esforço é refletir sobre a experiência da SESAB e desta forma, procura compreender o processo de institucionalização do espaço de formação e desenvolvimento de recursos humanos de saúde, e sua trajetória histórica, política, econômica e ideológica por dentro dos Aparelhos de Estado e do próprio Estado.

No caso do estudo de uma organização concreta, como a SESAB, a análise passa pelo plano político-administrativo, mas não só. Procura atravessar as normas e observar sua transgressão; percorrer os organogramas e visualizar as sabotagens à estrutura interna real de poder além do discurso institucional hegemônico e observar os contra-discursos (PAIM, 2002).

Portanto, para a análise de instituições, ou seja, Aparelhos de Estado, onde são produzidos efeitos econômicos, políticos e ideológicos, é necessário examinar a conjuntura específica, a consciência de classe dos agentes, o discurso e a prática institucional, os enfrentamentos, as alianças, etc. Por trás das questões organizacionais e administrativas deve-se investigar, em última análise, as relações de poder no interior desse Aparelho de Estado, fazendo uma análise política da instituição (PAIM, 2002).

Estas instituições são *loci* de materialização de políticas e conjunto de práticas estruturadas cujos agentes são suporte dessa estrutura. Do mesmo modo que as classes sociais são suporte da estrutura social, os agentes institucionais são suporte das relações sociais que compreendem o aparelho institucional. Cabe observar as relações sociais a que são submetidos os agentes das práticas de saúde no âmbito da instituição e os efeitos dominantes e acessórios de cada prática específica que compõem a prática institucional – política e ideológica (PAIM, 2002).

Testa (1992) ao referir certo “*diagnóstico ideológico*”, compreende os aparelhos de Estado como parte da burocracia das instituições de saúde nos chamados níveis político e técnico-administrativo. E nesse sentido, se analisam as relações sociais identificando as ideologias presentes nos enfrentamentos institucionais, os agentes que concentram poder na instituição e as suas articulações com poder de classes em diferentes conjunturas, bem como, a identificação dos diferentes tipos de poder (técnico, administrativo, político) e as estratégias de hegemonia (LUZ, 1979; TESTA, 1992; PAIM, 2002).

Ao examinar o conceito de organização é preciso destacar sua dimensão política. Estas organizações estão sujeitas, portanto, a conflitos e ideologias, a “jogos de poder”

que se alternam em várias conjunturas, assumindo assim, configurações particulares a cada momento histórico (COELHO, 2001, p.31).

O cenário de uma ação social se define como um espaço social, uma relação entre os atores que são gerados no desenvolvimento desta ação e um campo de forças. Cada problema vai gerar um campo de forças e a combinação deles em um momento se constitui em um setor (setor saúde):

Por ser um espaço social, ele se redefine permanentemente, tanto em termos conjunturais quanto históricos, ou, dizendo-se na dimensão do poder, como espaço onde se disputa o poder cotidiano e como espaço onde se disputa o poder societal (...) A política de saúde, por sua vez, é a resultante das propostas que fazem os diversos personagens do drama da saúde, submetidos aos campos de força existentes ou, o que é a mesma coisa, à expressão da colocação em atividade da estrutura de poder do setor (TESTA, 1995, p.68).

O autor ainda refere que a ideologia do poder consiste na relação entre o saber e a prática, em suas várias formas (burocracia, liderança, poder de classe). Essa ideologia produz vários tipos de impactos sociais nos níveis, individual e coletivo, através da “modificação das consciências”. Inicialmente esse processo se daria através de conteúdos abstratos do processo de trabalho:

A extensão do impacto originado no processo de trabalho se faz através das demais práticas sociais – reprodutivas – que os sujeitos realizam fora do trabalho. O ciclo se fecha: a prática dentro do processo produtivo constrói a consciência do sujeito, essa consciência no processo reprodutivo reproduz, além disso, a forma de poder contida naquela prática (TESTA, 1995, p.48).

Testa (1995) conceitua “instituição” como uma organização e seu processo de funcionamento formal, onde é estabelecida uma série de estruturas e sistemas formais e informais cuja coerência é assegurada por associações de idéias, valores e crenças ou esquemas explicativos. De acordo com a capacidade de traduzir seus interesses em arranjos organizacionais, decorrentes de diferentes graus de poder, os grupos dominantes defendem esquemas explicativos e estruturas prevalentes, resultando em espaços de adaptação, alteração ou disputas.

As estruturas formais conferem à instituição sua especificidade ainda que compartilhe com outras o fato de ser constituída por atores sociais com determinadas relações e produzir diferentes tipos de fatos, de acordo com os objetivos organizacionais e as relações intra e extra-institucionais (COELHO, 2001). Portanto, uma instituição

hipercomplexa não é uma instituição qualquer. Não é uma mera mescla de bens e serviços, nem se constitui em uma rede articulada em forma orgânica. Melhor se define como um espaço onde se desenvolve um jogo de linguagem, “*fundamental em la constitución de sujetos. Esse juego se manifiesta em las organizaciones em la creación de redes de compromiso y responsabilidad com los objetivos institucionales*” (TESTA apud COELHO, 2001, p.39).



2.2. Desenho de Estudo

No sentido de responder ao objeto de investigação, ou seja, a análise da institucionalização dos espaços de formação e desenvolvimento de recursos humanos na SESAB foi proposto um estudo de caso utilizando-se o método da pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória através da pesquisa documental e a história oral como técnica de coleta.

A escolha pela investigação qualitativa teve como critério a possibilidade de abordagem de elementos da história, das relações e das representações ou crenças. Estas, como produtos da interpretação humana observados nas relações entre o sujeito e seu meio, podem responder a questões que não podem ser quantificadas, aprofundando-se no mundo do significado das ações, vivências, experiências e relações pessoais.

[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob ótica dos atores, de relações para análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2008, p.57).

A abordagem qualitativa também possibilita aos sujeitos da pesquisa trazer à tona suas experiências com relação a um fenômeno social e privilegia a recuperação do vivido conforme a aceitação de quem viveu essa experiência (ALBERTI, 1990).

A opção pelo estudo descritivo permitiu trazer à tona as experiências dos sujeitos, vivenciadas enquanto gestores nos aparelhos formadores na SESAB. Segundo Triviños (1987), este tipo de estudo possibilita, ainda, descrever com rigor os fatos e fenômenos de uma realidade. Neste estudo, ainda possibilitou traçar a história de funcionamento da instituição, assim como, da organização do espaço para formação de recursos humanos em saúde.

É um estudo exploratório porque foi desenvolvido com o intuito de proporcionar a visibilidade ampliada de um fato social que é pouco estudado e explorado. Segundo Triviños (1987 p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a experiência em torno de determinado problema”.

O estudo de caso histórico foi produzido mediante documentos que transmitiram a realidade do passado de uma forma parcial, proporcionando um conhecimento ainda que incompleto. O valor heurístico e a significação do documento dependeu da acuidade da leitura e do esforço interpretativo do pesquisador. Tentou-se extrair de cada fonte de informação algum conhecimento útil para a compreensão do aspecto da história, sob o

ângulo que correspondia ao seu objeto de estudo. Esse interesse foi movendo e orientando de forma contínua a busca por novos documentos.

As questões de investigação do tipo “como” ou “quando”, típicas num estudo de caso, apresentam-se constantemente na trajetória da pesquisa, assim como, o pouco controle sobre os acontecimentos, principalmente pelo foco se encontrar em fenômenos contemporâneos inseridos em períodos históricos (YIN, 2005). Não obstante, apresentar limitações quanto às possibilidades de generalização dos resultados obtidos, essa estratégia de pesquisa permitiu realizar a análise da instituição concreta em períodos específicos.

A estratégia era coletar e registrar o máximo de dados para estudo de forma particular, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico da experiência, e avaliá-lo analiticamente, objetivando tomar decisões quanto à trajetória e a necessidade do caminho da narrativa.

Assim, os processos estão descritos como parte da realidade do desenvolvimento social (das racionalidades nas construções de uma instituição), onde indivíduos e grupos são atores e autores do seu tempo histórico. Por isso, pode ser apresentada sob forma de historiografia, nessa narrativa (BURKE, 1992).

A insuficiência de estudos empíricos que demonstrem a organização do espaço para formação de recursos humanos em saúde, no contexto histórico, reforçou a opção por um estudo de caso único, do tipo exploratório, com o intuito de viabilizar a caracterização do objeto de estudo e sua posterior análise.

Para estudar o período escolhido entre 1971- 2006 analisando o processo de institucionalização do espaço de formação para RHS na SESAB se fez necessário compreender alguns fatores, dentre estes, a conjuntura política e econômica, a disposição da estrutura do Poder (político, econômico e ideológico) em momentos históricos de uma formação social (LUZ *apud* PAIM, 2002).

2.3. Procedimentos e Técnicas para Produção de Dados

No que se refere à pesquisa documental, foi utilizada com o propósito de recuperar os fatos históricos que ocorreram em cada governo nos períodos estudados, os

projetos prioritários (entre estes a área de recursos humanos), as mudanças político-administrativas e as ações desenvolvidas por cada aparelho formador.

Inicialmente fez-se a pesquisa no banco de dados LILACS. Num primeiro momento foi feito um levantamento livre, somente com os Descritores específicos e recuperaram-se 1867 publicações. Como critério utilizaram-se as publicações nacionais no período entre 1980 e 2010. Foram encontradas 535 publicações, no entanto, somente 135 artigos correspondiam ao formato de textos completos. Nesse sentido, os artigos durante a análise foram divididos por período histórico:

a) I Parte: foi realizado um refinamento de busca considerando o período entre 1980 a 2006, sendo recuperados 54 textos completos. Os textos desse período permitiram uma análise histórica a cerca da produção referente ao objeto de pesquisa. Após leitura exaustiva destas produções, foram selecionados os que mantinham relação com o objeto do tema de estudo, restando assim, 16 textos.

b) II Parte: no segundo momento, foi realizada uma análise considerando o período entre 2007 a 2010 onde foram recuperados 81 textos completos. No entanto, somente 11 textos mantinham relação com o objeto do tema. Os textos desse período serviram como referências bibliográficas apoiando a revisão de literatura.

Durante a busca no banco de dados MEDLINE, através dos mesmos descritores do estudo, foram recuperados 10.847 artigos. Ao delimitarmos o período de 1970 a 2010 e utilizando como critério os textos nacionais, foram recuperados 17 artigos. Observando publicações que abordavam as questões sobre recursos humanos, identificou-se que apenas 08 artigos tinham relação com o objeto deste estudo.

Na seleção final dos artigos observaram-se as experiências de formação que estavam relacionadas aos serviços e as estruturas de gestão do Estado e se levou em consideração os seguintes critérios para a escolha daqueles que compuseram a bibliografia:

- se os textos faziam referência a abordagem da psicologia e métodos ou metodologias de estudos desenvolvidas na abordagem sobre processos de formação;
- se faziam uma análise sobre o processo de formação nas universidades e se existia alguma abrangência na relação entre as universidades e o SUS;

- se apontavam o perfil real e o perfil necessário;
- se abordavam a fundamentação para criação de programas de qualificação e,
- se analisavam a incorporação de tecnologias como EAD e os desenhos pedagógicos.

Quanto à pesquisa bibliográfica realizada na Revista Baiana de Saúde Pública, realizou-se o levantamento desde o ano de 1974 (volume 01) até o ano de 2009 (volume 33 suplemento 01). A análise subdividiu-se em dois momentos: o primeiro até 2006, no sentido de compor a narrativa histórica do objeto de estudo utilizando-se as publicações que estavam associados a temática de recursos humanos e sua relação com o aparelho formador na SESAB; e no segundo momento até 2009, análise que foi utilizada na revisão bibliográfica.

2.3.1 Sujeitos da Pesquisa e Instrumento de coleta de dados

Participaram desta pesquisa oito sujeitos ex-dirigentes da área de recursos humanos que atuaram na SESAB no período deste estudo.

A escolha dos sujeitos a serem entrevistados seguiu as orientações de Alberti (2004), levando-se em consideração a possibilidade de realização das entrevistas, as dificuldades que poderiam impedir a participação dos depoentes, a obtenção dos objetivos deste estudo e o conhecimento prévio sobre o objeto.

Contudo, é ainda de suma importância atentar para o fato de que as “unidades qualitativas” sejam selecionadas segundo a sua representatividade no grupo, de acordo com o objeto e os que poderiam oferecer depoimentos mais confiáveis e significativos.

A escolha dos entrevistados não deve ser predominantemente orientada por critérios quantitativos, por uma preocupação com amostragens, e sim a partir da posição do entrevistado no grupo, do significado de sua experiência. Assim, em primeiro lugar, convém selecionar os entrevistados entre aqueles que participaram, viveram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema e que possam fornecer depoimentos significativos (ALBERTI, 2004, p.31-32).

As entrevistas foram realizadas através de um roteiro com questões norteadoras fundamentadas na história oral tópica/temática dos sujeitos enquanto ex-dirigentes dos aparelhos formadores de RHS (APÊNDICE A). As entrevistas, quando realizadas nesta

modalidade, têm “como centro de interesse o próprio indivíduo na história, passando pelos diversos acontecimentos e conjunturas que presenciou, vivenciou ou de que se inteirou” (ALBERTI, 2004, p.37).

2.3.2 Coleta de Dados e Análise Documental

A análise documental foi utilizada no sentido de obter informações abrangentes sobre o objeto de estudo.

Os procedimentos de coleta de dados consistiram no levantamento de documentos institucionais da Secretaria de Saúde e do Governo do Estado da Bahia entre estes: Mensagem do Governo - texto proferido pelo Governador em exercício, no momento da abertura dos trabalhos da Assembléia Legislativa; Relatório de Atividades Anuais, Trienal ou Quadrienal, observando principalmente os capítulos referentes aos Aspectos Administrativos e Programáticos, Aspectos Financeiros e Aspectos Sociais (Educação e Saúde), além dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (V a XII) – observando o capítulo referente a Recursos Humanos, e os Relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos (I a III) (ANEXO A).

Esta ação foi desenvolvida principalmente no Arquivo Público da Bahia, Biblioteca Pública do Estado, Biblioteca da Assembléia Legislativa da Bahia e no Conselho Estadual de Saúde da Bahia⁵. Como se tratava de documentos históricos, por vezes únicos e em condições que requeriam cuidado minucioso ao manuseá-los, realizou-se análise documental e cada parte que poderia ser utilizada na análise de conteúdo para pesquisa foi fotografada para facilitar o acesso posteriormente, de forma a obter o máximo de informações (aspecto quantitativo) e o máximo de pertinência (aspecto qualitativo), assim foram registradas um total de 1.739 fotos.

A etapa de organização do material e as operações de pré-análise permitiram tomar decisões para sistematização levando em conta a delimitação temporal do estudo (entre os períodos de 1971 a 1986, de 1987 a 1990 e de 1991 a 2006), focando nos

⁵ Para a realização deste estudo foram encontradas algumas dificuldades na tentativa de responder ao objeto desta pesquisa. Quanto aos documentos históricos (Mensagens e Relatórios de Governo) foram identificadas lacunas nos acervos acessados nas Bibliotecas e Arquivo público e no Conselho Estadual de Saúde. Neste último, constavam registros a partir de 1996, ainda assim, no momento da coleta, não foram localizados os Relatórios de Gestão da SESAB, do período de 1996 a 2000, assim como do ano 2003; supostamente arquivados no Almoxarifado Central da SESAB; quanto ao Relatório de 2004 fui informado não constar nenhum exemplar nos arquivos; e o Relatório de 2006 não foi aprovado pelo CES.

elementos que traduziam a organização e o desenvolvimento do espaço para formação de RHS na Secretaria:

Primeiro Período 1971 a 1986: Face aos anos de ditadura militar e da nomeação dos governadores, através de eleições indiretas até 1978, o Estado viveu um momento marcado por flutuações conjunturais decorrentes da correlação das forças intra e interinstitucionais, porém sob o domínio de grupos políticos conservadores.

Segundo Período 1987 a 1990: Diante da retomada da democracia e das políticas econômicas e sociais da chamada “Nova República”, verificou-se uma alteração na relação de forças políticas no âmbito do Estado. A crise na saúde que se colocava desde a década de 70 gerou proposta de reorganização do sistema de saúde dentro do movimento da Reforma Sanitária.

Terceiro Período 1991 a 2006: Etapa dita de “modernização da gestão”, mas com a evidência da continuidade na política baiana que demonstrava a supremacia incontrastável do grupo comandado por Antonio Carlos Magalhães (ACM).

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador entre outubro de 2010 e janeiro de 2011, onde, de posse do parecer do Comitê de Ética, foi feito um contato prévio com os entrevistados. Nestes encontros que antecediam as entrevistas, o autor se apresentou como responsável pela pesquisa, explicou o objeto e os objetivos da pesquisa, a técnica de coleta de dados, a justificativa para o estudo, fez a leitura do termo de consentimento, ficando à disposição para responder a todas as dúvidas. Depois disso, entregava-se o termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos para a leitura e posterior assinatura do mesmo. Neste mesmo encontro realizava-se a entrevista.

A realização das entrevistas transcorreu de forma agradável, a partir de uma relação de empatia e respeito: procurando ouvir atentamente as histórias e percebemos a colaboração de cada um deles ao falar o que era preciso para a construção deste estudo⁶.

2.3.3 Organização e Análise dos Dados da Pesquisa

Nesta fase foi realizada a leitura de cada entrevista, destacando-se os principais achados em função das questões e objetivos do estudo e daqueles que emergiram com intensidade nos momentos empíricos, possibilitando novas categorizações.

⁶ Alberti (1990, p.69) comenta sobre a importância desta relação no momento da entrevista, afirmando que “a qualidade da entrevista, das informações obtidas e das declarações, associações e opiniões emitidas pelos entrevistados, dependem estritamente da relação estabelecida entre as partes”.

Em seguida, realizou-se uma leitura pautada pelos itens do roteiro da entrevista que, por sua vez foi orientado pelas categorias operacionais (Contexto Político e Processo de Organização). O passo seguinte foi um exercício de fragmentação das partes que compõem as questões comuns trabalhadas por cada um, evidenciando os vários olhares sobre o processo histórico.

A análise da narrativa introduziu, através da noção de sujeito e de ideologia, a situação social e histórica, com isso,

[...] possibilitou trazer para reflexão os problemas de poder e das relações sociais. O discurso definido não como transmissor de informação, mas como efeito de sentido entre locutores. Assim, considerado que o que se diz não resulta só da intenção de um indivíduo em informar outro, mas da relação de sentidos estabelecidos por ele num contexto social e histórico (BIBEAU *apud* COELHO, 2001, p.55).

Ao proceder e analisar o conteúdo das entrevistas, enquanto texto procurou-se observar a articulação com as formações ideológicas, e o seu processo de produção também enquanto discurso.

A interpretação de dados qualitativos gerados na produção de enunciados foi orientada pelo conteúdo manifestado e a interpretação de primeiro nível, relativizados pela análise do contexto de cada situação da entrevista, a partir da comparação com os dados da observação e impressões do próprio pesquisador durante os momentos da coleta, conforme proposta na Matriz de Análise (APENDICE C).

A partir da realização de uma primeira síntese pela apreensão dos conteúdos manifestados foi possível intercalar fragmentos das entrevistas para fins ilustrativos das evidências produzidas pelo momento empírico da pesquisa considerando os conceitos, categorias e dimensões. Nesse momento da análise, procurou-se confrontar o texto (atos e falas), com as falas dos outros atores institucionais (individuais e coletivos) e com os documentos coletados.

2.3.4 Princípios Éticos da Pesquisa

O estudo foi elaborado e executado dentro das Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, preconizadas de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde afirma que “o respeito de vida à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e

esclarecido dos sujeitos que por si e/ou representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foi explicitado o objetivo principal da pesquisa. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) elucidou o conteúdo da pesquisa e seus benefícios, possibilitando a participação de forma voluntária e garantindo a proteção contra riscos, danos e desconfortos. A pesquisa foi submetida conforme registro 047-10 ao Comitê de Ética Institucional do Instituto de Saúde Coletiva/CEP-ISC, e aprovada segundo parecer nº 045/CEP-ISC em 27 de outubro de 2010.

3. CONTEXTO POLÍTICO NA BAHIA

*Como é difícil acordar calado
Se na calada da noite eu me dano
Quero lançar um grito desumano
Que é uma maneira de ser escutado
Esse silêncio todo me atordoia
Atordoado eu permaneço atento
(Gilberto Gil e Chico Buarque)*

O presente capítulo aborda o chamado “*período de chumbo*” na Bahia, que esteve sob a regência dos governadores que se alternaram segundo os interesses dos governos militares no Brasil. Contempla uma breve interrupção do regime autocrático nesse estado, entre 1975-1979, já na chamada “*distensão lenta, gradual e segura*”, retornando, posteriormente, para um momento da consolidação de um grupo oligárquico da elite baiana, num contexto de uma democracia restabelecida em 1985, porém ainda com resquícios do passado autoritário. Após a descrição de cada período, observado seu contexto político, desenvolve-se a análise das influências sobre o processo de organização setorial na saúde, e mais especificamente, no que se refere à formação dos recursos humanos.

A SESAB passou por inúmeras reformas administrativas, que atuaram diretamente na composição do seu corpo funcional. As mais recentes foram as Reformas Administrativas de 1973, 1980, 1987 e 1991 que marcaram a institucionalização de novas estruturas na administração direta e indireta do estado, gerando um conjunto de modificações organizacionais e de gestão na área de RHS.

A análise sobre a institucionalização do espaço para formação e desenvolvimento de RHS, tomando como foco a SESAB tem início na Bahia, no ápice do *primeiro Carlismo*⁷ (BRANDÃO, 1994). O primeiro Carlismo corresponde ao ciclo político iniciado em 1967, quando Antônio Carlos Magalhães – ACM, se torna Prefeito de

⁷ Carlismo nesse estudo é compreendido como a representação de um agrupamento de políticos que foi detentor de uma prolongada hegemonia, e se constituiu nas arenas políticas, econômicas e sociais do Estado da Bahia, liderados historicamente por Antônio Carlos Magalhães, cujo perfil e trajetória em momentos distintos confunde-se com a da própria elite dominante no estado (DANTAS NETO, 2006).

Salvador, por indicação militar, afirmando-se como liderança hegemônica da UDN⁸ baiana e alcançando o seu auge quando chega ao governo do estado (1971-1975).

O estudo segue o período no qual, mesmo com todo o capital político consolidado em comparação as demais lideranças arenistas⁹, ACM então governador sofre um revés e deixa o governo em 1975, sem conseguir fazer seu sucessor. As forças em torno de uma via alternativa aos planos carlistas se aglutinam e com isso a presença do nome do filho do ex-reitor Edgar Santos passa a circular na nova composição política. A atuação política do General Geisel levou a escolha de Roberto Santos que passaria a governar a Bahia quadriênio seguinte, 1975 a 1979.

Após atravessar um período de refluxo na política estadual, como parte de sua trajetória de acumulação de poder, ACM vence a eleição indireta, e foi indicado para retornar ao governo em 1980, para o seu segundo mandato, após ter sido Presidente da Eletrobrás. Esta inserção político-administrativa no plano federal lhe permitiu consolidar a articulação nacional que ainda lhe faltava, configurando a fase do chamado “*carlismo baiano-nacional*” (DANTAS NETO, 2006).

Em seu retorno ao governo, ocorreu uma nova reestruturação administrativa. Na SESAB levaria à extinção da Fundação de Saúde do Estado da Bahia - FUSEB surgindo, então, o Instituto de Saúde da Bahia - ISEB, sob a forma de autarquia descentralizada. Nesse momento, a formação de recursos humanos em saúde estava sob responsabilidade direta dessas instituições estatais, porém, dependendo da necessidade de cada setor, desdobrava-se em programas específicos no interior das estruturas da secretaria estadual.

Na sequência, tem-se o momento daquele que seria o último governador no período militar. Vencedor de uma disputa direta contra o ex-governador Roberto Santos, decorrência do amplo apoio dado por ACM, o ex-prefeito de Feira de Santana João Durval Carneiro foi eleito para o mandato entre 1983 a 1987. A Bahia estava sob o

⁸ A União Democrática Nacional - UDN foi um partido político brasileiro fundado em 7 de abril de 1945, frontalmente opositor às políticas e à figura de Getúlio Vargas, manteve sua posição sempre com a orientação mais conservadora, representando as oligarquias. Como todos os demais partidos, a UDN foi extinta pelo governo militar em 1964, entretanto, após o Golpe Militar, os quadros da UDN migraram para a Aliança Renovadora Nacional – ARENA. Na Bahia a UDN tinha em seus quadros políticos Luís Viana Filho (ex-governador e que foi nomeado Chefe do Gabinete Civil do Governo Castello Branco); Jutahy Magalhães (filho de Juracy Magalhães, também ex-governador). Já o udenista Antônio Carlos Magalhães era um deputado ligado à chamada “Chapa-Branca da UDN”, pessoas que se filiaram à UDN não por um anti-getulismo entranhado, mas antes por conveniência da política local (CEDOC/FGV, 2011).

⁹ Arenistas eram políticos ligados ao Partido de âmbito nacional, de apoio ao governo militar, fundado em 4 de abril de 1966 dentro do sistema de bipartidarismo instaurado no país após a edição do Ato Institucional nº 2 (27/10/1965), que extinguiu os partidos existentes. A Arena existiu até 1979, quando o Congresso decretou o fim do bipartidarismo e abriu espaço para a reorganização de um novo sistema multipartidário (CEDOC/FGV, 2011).

reflexo de profunda crise política e econômica nacional, apesar do III Plano Nacional de Desenvolvimento, que previa o combate à inflação, geração de empregos e controle da dívida externa (PAIM, 2002).

A consciência do direito à saúde, progressivamente crescia e, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, somavam-se forças do Movimento Sanitário, culminando na criação do SUS, a partir da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988).

Na Bahia, com a ampla vitória sobre o grupo conservador, em 1986, estabeleceu-se um “*Governo Democrático*” comandado por Waldir Pires, que entre tantas propostas tentava resgatar parte da “dívida social” acumulada no período da ditadura militar. A Secretaria da Saúde do Estado, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM e a Universidade Federal da Bahia - UFBA moviam esforços para, juntamente com municípios e outras instituições, mudarem a quadro sanitário no estado (PAIM, 1987).

No entanto, a “*crise silenciosa*” estabelecida dentro do Governo Waldir eclodiu após sua renúncia para disputar a vice-presidência da República em 1989, junto ao candidato do PMDB, Ulysses Guimarães. A partir daí, assumiu o seu vice Nilo Coelho, ex-prefeito de Guanambi, que teria sérias dificuldades na gestão estadual e enfrentaria inúmeros conflitos com a sociedade civil, particularmente com os trabalhadores da saúde.

Ocorreu então um novo revide. ACM que havia saído derrotado na eleição anterior (1986), com o poder oriundo desta vez, do Ministério das Comunicações, a partir da “Nova República”, e da atuação de sua bancada legislativa na Constituinte – sendo também, um dos principais articuladores e defensor do mandato de cinco anos para o Presidente Sarney – alavanca forças para mais uma vitória em 1990, o que lhe renderia o terceiro mandato como governador, agora através de eleições diretas.

O arranjo político nacional, em plena democracia dos anos 90, permitiu ao carlismo viabilizar um processo de afirmação hegemônica da elite governante em nível estadual, e neste cenário os grupos representantes dos setores oligárquicos, agora sob a égide da democracia, se instalam e permanecem por dezesseis anos, consolidando novas forças políticas, período conhecido como “*carlismo pós-carlista*” (SOUZA & DANTAS NETO, 2006).

A sequência dessas transformações no cenário baiano contribuiu para uma série de disputas no plano institucional do Governo e, em especial da SESAB, que possuía diferentes atores envolvidos na arena decisória, uma heterogeneidade de problemas e não respostas/ações públicas, às necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva analisa-se a seguir três períodos da história recente da Bahia: a) 1971-1986; b) 1987-1990; c) 1991-2006.

4. PRIMEIRO PERÍODO 1971 - 1986: A MARCA DE UM ESTADO AUTORITÁRIO

*Hoje você é quem manda
Falou, tá falado
Não tem discussão, não.
A minha gente hoje anda
Falando de lado e olhando pro chão
Chico Buarque*

4.1 O auge do primeiro carlismo (1971 - 1975)

Depois de ser escolhido pelo General Médici, o Governador Antônio Carlos Magalhães teve uma dupla missão para o Estado da Bahia: de um lado colocar em prática seu talento de administrador, tal qual fizera à frente da Prefeitura de Salvador; e do outro governar o estado de modo a colocá-lo em posição de viabilizar a continuidade e aprofundamento do esforço modernizante regional de que vinham se ocupando as elites baianas (SOUZA & DANTAS NETO, 2006).

Mesmo antes de tomar posse, ACM já fazia alinhamento estrito ao estilo de administrativo que, sob Médici, era afirmado no país:

[...] A indicação, pelo Presidente Médici, dos futuros Governadores, vai assegurar, pela primeira vez na história republicana, nos próximos quatro anos, uma unidade incontrastável de filosofia, critérios e ação administrativa, em todos os níveis do poder [...] Não se limitou a expressão constitucional dos Governadores, nem se feriu a autonomia dos Estados, ao contrario ampliaram-se as responsabilidades dos futuros governantes [...] O processo utilizado pelo eminente Presidente da República é, também, o coroamento da decisão revolucionária de sepultar desde 64 a fase da federação anárquica [...] É mais importante essa política de entrosamento entre União, Estados e Municípios, do que uma falsa aparência de autonomia, puro lirismo, mas que não conduz ao desenvolvimento que o povo necessita (A.C. Magalhães, em *A Tarde*, 23.07.1970, p.3, *apud* DANTAS NETO, 2006, p.401).

Politicamente preparado para adaptar-se à simbiose administrativa com o governo federal, ACM também esteve atento aos passos do governo estadual que findava. Já sob a possibilidade de assumir o Governo com grande déficit em suas contas, acertou providências com o então governador Luis Viana Filho, que se comprometeu a dispensar pessoal excedente para não transferir o ônus ao novo governante (DANTAS NETO, 2006).

Em Mensagem proferida na abertura dos trabalhos na Assembléia Legislativa apresentou suas prioridades: acelerar o crescimento econômico, reforçar condições de competitividade da economia, intensificar ações nos campos educacionais da pesquisa científica e tecnológica, de saneamento básico e saúde, postulando no discurso o direito à saúde como “um direito de todos”:

O direito à saúde é um postulado de reconhecimento pelas nações civilizadas, mas em poucos lugares pôde ser ainda efetivamente exercitado, se é se já foi em algum, como um direito de todos. Para tanto seria necessário eliminar a miséria e a subnutrição, manter condições sanitárias senão ótimas bem razoáveis e assegurar uma oferta de pessoal, equipamentos e serviços de saúde em quantidade suficiente para atender pronta e satisfatoriamente aos que adoecem (BAHIA, 1972, p. 35).

Desde os primeiro decretos o Governo firmava os objetivos de centralizar e rever a estrutura administrativa em áreas como arrecadação, comunicação e pessoal, convocando inclusive todos os servidores em licença por interesse particular ou colocados a disposição de órgãos externos a estrutura estadual (DANTAS NETO, 2006)

Na saúde, a influência do cenário internacional, principalmente pela contribuição da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, recomendava para o Brasil a organização do setor com foco na proteção, promoção e recuperação da saúde, em torno de quatro eixos: 1) planejamento; a 2) administração dos serviços; 3) a investigação científica; e 4) formação de recursos humanos (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

O II Plano Decenal de Saúde para as Américas¹⁰ chamava a atenção para a importância dos profissionais de saúde de nível superior, técnicos e auxiliares para o desenvolvimento da atenção médica integral.

Do ponto de vista metodológico, esse plano reiterava a planificação da formação de Recursos Humanos em Saúde - RHS e a distribuição de pessoal de saúde nos países, bem como, sugeria uma reorientação no ensino das profissões de saúde, de modo a situar os RHS em um campo menos biologicamente especializado e mais multidisciplinar, a partir de um processo em que se ampliariam as disciplinas básicas, clínicas e sociais. Nesse último apontamento, a estratégia explicitamente recomendada foi a integração

¹⁰ Instituído a partir da Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972, recomendava a ênfase nos investimentos voltados para a formação de médicos generalistas, em número suficiente às necessidades das periferias dos centros urbanos e das zonas rurais. Quanto aos médicos especializados, propõe uma distribuição mais racional destes pelo território dos países, de modo a se obter maior produtividade e aproveitamento do tempo de trabalho. Enfermeiras e auxiliares de enfermagem são categorias profissionais consideradas chave para a prestação de cuidados de saúde, sobretudo em países em desenvolvimento. Nesse sentido, a partir do diagnóstico que apontou a existência de um grande déficit de enfermeiras no continente, sugerem-se investimentos nacionais massivos para a formação de pessoal de enfermagem (PIRES-ALVES *et al*, 2008, p. 825).

docente-assistencial, de modo a permitir uma formação de profissionais qualitativamente condizentes com as necessidades dos serviços de saúde (PIRES-ALVES *et al*, 2008).

Em relação à priorização dos RHS era convergente com um levantamento feito no início dos anos 70, no qual o diagnóstico¹¹ referia que do total de municípios no Brasil, 37% não tinham médicos residindo; assim, 14% da população brasileira não contava com assistência médica permanente. Havia baixa proporção de profissionais de saúde em relação à população, insuficiência de médicos especializados, inversão na proporção do número de médicos/enfermeiros, insuficiência quantitativa e, especialmente qualitativa do pessoal de nível médio e auxiliar, além de uma má distribuição geográfica de médicos, principalmente na área materno infantil (BRASIL, 1975).

No contexto nacional nesse período, cabe destacar a criação de um Grupo Interministerial responsável pela elaboração de estudo sobre a questão dos recursos humanos, visando propor soluções a serem incorporadas ao Plano Nacional de Desenvolvimento. Foram propostas três grandes linhas para a abordagem do problema: 1) o planejamento de RHS propriamente dito (a ser realizado por um “órgão centralizado no Ministério da Saúde”, em coordenação com as Secretarias Estaduais de Saúde); 2) a preparação direta de pessoal para a saúde (através de uma série de cursos, a maioria de natureza pós-graduada e na área de saúde pública e administração); 3) o apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica pessoal em saúde - PPREPS¹².

Mediante uma série de convênios e providências encaminhadas durante o começo do governo no estado, iniciou-se a reformulação da Secretaria de Saúde Pública, dos órgãos da Administração Centralizada e Descentralizada e muitas das suas unidades, visando ampliar a oferta de serviços, garantir eficiência e maior rendimento aos recursos financeiros investidos, principalmente quanto a atuação da Fundação Hospitalar do

¹¹ No Brasil em 1970, Existiam 1.046 nutricionistas, 1.954 assistentes sociais e 8.019 dentistas em assistência hospitalar e saúde pública. Já em 1971, havia apenas 8.383 enfermeiros de nível universitário, o que dava um coeficiente de 0,87 enfermeiros por 10.000 habitantes, e 1 enfermeiro para 6 médicos. Em 1972, estimou-se em 54.098 médicos, dos quais 4.850 pediatras (8,5% do total de médicos e 0,9 pediatras por 10.000 habitantes do grupo de 0 - 9 anos) e 2.112 obstetras (3,5% do total de médicos e 0,9 obstetras por 10.000 mulheres de 15 – 49 anos). Com isso, 12% dos médicos especializados em assistência materno-infantil, para parcela de 70,96% da população geral. Em relação à equipe de enfermagem para assistência hospitalar e para-hospitalar, excluindo o enfermeiro de nível universitário, dos 103.643 profissionais existentes (25.832 auxiliares de enfermagem, 5.508 práticos de enfermagem, 99 parteiras e 72.204 atendentes). Já na assistência de saúde pública haviam 17.600 profissionais de enfermagem (766 enfermeiros diplomados, 2.424 auxiliar de enfermagem, 2.537 visitantes sanitários e 8.873 atendentes) (BRASIL, 1975, p. 57).

¹² Para implementar a terceira dessas áreas seria criado, em 1976, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para Saúde – PPREPS através de um acordo entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana de Saúde. O Programa apresentou objetivos, com o propósito comum de adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde, aos requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta (TEIXEIRA, 1982), o que iria favorecer as atividades do Centro de Treinamento na segunda metade da década de 70.

Estado (com 14 Hospitais), da Fundação Hospitalar Otávio Mangabeira e da Fundação Gonçalo Muniz, que no ano seguinte seriam unificadas numa nova estrutura fundacional.

Para além dessas atividades de assistência hospitalar, observou-se também a organização e estruturação de diversos programas: Saúde Mental, Epidemiologia e Saneamento, Odontologia, Materno-Infantil, Médico Hospitalar, Doenças Degenerativas, Assistência Técnica de Nutrição, Pesquisa em Saúde Pública e Educação em Saúde. Este último poderia ser considerado como eixo estruturante de atividades de assessoramento técnico presente nos demais programas para qualificação dos recursos humanos (BAHIA, 1975).

No plano mais geral do governo constituiu-se o Grupo Executivo da Política de Pessoal (GEPPE), colegiado que recebeu o encargo de redefinir a política de recursos humanos do Estado, tanto do nível do superior como auxiliar, com a justificativa de valorizar o funcionalismo, aumentar sua produtividade e atuar de forma sistêmica junto as Secretarias de Estado. Complementando o esforço foi criado, através da Fundação para o Desenvolvimento da Ciência na Bahia, o programa de aperfeiçoamento do pessoal de nível superior do Estado, com vistas à melhoria qualitativa dos recursos humanos existentes. Compreendia treinamento para implementação de programas governamentais e estágios para estudantes de nível superior objetivando o recrutamento de mão-de-obra-especializada para o Setor Público (BAHIA, 1972).

Com o propósito de capacitar técnicos para atividades de planejamento foi realizado um curso de Planificação Regional do Desenvolvimento com a colaboração das Nações Unidas, através da Comissão Econômica para America Latina e Caribe/Instituto Latinoamericano e do Caribe de Planificação Econômica e Social - CEPAL/ILPES e o 1º Curso de Administração de Treinamento, com convênio firmado entre o Governo do Estado, a Fundação para o Desenvolvimento da Ciência na Bahia e a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, tendo assim, treinado funcionários estaduais de nível superior, provenientes de 10 órgãos governamentais (BAHIA, 1972).

No setor da saúde, o desafio da Secretaria de Saúde Pública seria o desenvolvimento do bem-estar, incrementando a capacidade produtiva, uma vez que o setor comporia a estratégia do desenvolvimento sócio-econômico do Governo.

Conforme relatório, daquele ano, a situação sanitária do Estado, a qual em linhas gerais assemelhava-se à do Nordeste brasileiro. Havia um déficit nas estruturas dos serviços estaduais para atender a execução de atividades desenvolvidas no setor. O

Governo elaborou o “Plano de Desenvolvimento das Atividades de Saúde no Estado da Bahia”, projeto que se dividiu em dois eixos: modificação da estrutura da Secretaria de Saúde e modificação da programação das atividades com o apoio da OPAS¹³ e da SUDENE (BAHIA, 1974).

Este projeto contemplou a Reforma da Estrutura dos Serviços de Saúde, recuperando a rede física e equipamentos de saúde e a proposição do Plano de Saúde com base na técnica CENDES/OPS¹⁴. Nesse período, foi elaborado o “Diagnóstico de Saúde do Estado da Bahia”, encaminhado à Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia - SEPLANTEC, que o publicaria como parte do capítulo da “Análise Global da Economia Baiana” (BAHIA, 1974), posteriormente divulgada na íntegra pela Revista Baiana de Saúde Pública (1975).

No que se refere à Reforma Administrativa foi aprovada a Lei nº 3.104/1973 que reorganizou a Secretaria de Saúde Pública e instituiu a Fundação de Saúde do Estado da Bahia - FUSEB, que só seria implementada no ano seguinte. Essa ação de reestruturação teve como instrumento de coordenação intra-setorial e interinstitucional os contratos administrativos sob a forma de convênio junto ao Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF, a SUDENE, o Ministério da Saúde e a Fundação SESP, dentre outros (BAHIA, 1974).

4.2 O “nascimento” do Centro de Treinamento - CETRE

Com essa reforma, o setor saúde passou por reestruturações de diferentes áreas, inclusive, a mudança no nome da secretaria, sendo reconhecida a partir de maio de 1973 como Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, além da criação da Fundação de Saúde do Estado da Bahia – FUSEB (unificando as três fundações então existentes), que assumiu o papel de executora das atividades de saúde do setor público estadual.

O Governo conseguiu reunir numa única entidade (a SESAB) as instituições governamentais estaduais que atuavam com ações específicas da saúde, concentrou

¹³ Segundo Pires-Alves & Paiva (2006), o tratamento dado pela OPAS aos projetos, consideravam o tema de recursos humanos como parte dos planos de saúde de alcance regional e nacional e com parte dos objetivos do planejamento como ferramenta preferencial de intervenção.

¹⁴ Com o objetivo de desenvolver metodologias e auxiliar os governos na região das Américas, nas tarefas de planejamento em saúde, a OPAS instituiu uma unidade especializada em Washington, na década de 60, que na década seguinte permitiria abertura de frentes de cooperação com instituições latino-americanas, entre estas o CENDES e a Escola de Saúde Pública, ambos na Venezuela (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

recursos financeiros, materiais e, principalmente, recursos humanos, dotando a administração central e a administração descentralizada de estruturas flexíveis que deveriam proporcionar condições necessárias para o Plano Estadual de Saúde, centralizando a direção superior e a programação, e descentralizando a execução (BAHIA, 1974).

A nova proposta de organização do setor, evidenciou a necessidade de planejamento e desenvolvimento, inclusive na área dos recursos humanos para a saúde. Desde 1966, quando passou a dispor de pessoal capacitado em planejamento, foram feitas as primeiras tentativas de se organizar o setor de recursos humanos, na Secretaria, pois tanto os estudos, quanto os processos de controle de pessoal mostravam deficiências (PADILHA, 1972; 1976),

Por ocasião da reforma, duas iniciativas foram implementadas para organizar os recursos humanos no setor saúde: 1) a criação do Centro de Treinamento – CETRE incluído na Resolução nº 001/73 (que aprovou o Regimento da Fundação de Saúde do Estado da Bahia – FUSEB, em 4 de agosto de 1973) com a finalidade de organizar as atividades de treinamentos e a adequação do pessoal às necessidades originárias dos serviços, nos diversos setores da Secretaria e da FUSEB (BAHIA, 1973); 2) execução de um censo do quadro de pessoal da Secretaria (PADILHA, 1976).

No entanto, ambas iniciativas não tiveram êxito. A principal dificuldade atribuída pelo citado autor foi o afastamento do CETRE em relação aos órgãos oficiais de saúde e às Universidades – talvez, o maior responsável pelo descompasso entre o tipo de servidor demandado pela comunidade e o perfil profissional dos graduados (PADILHA, 1976).

O Centro, situado como sub-função na organização teve seu papel comprometido, devido a três motivos: 1) não foram construídos os processos de articulação horizontal com as demais sub-funções (Cordenações Técnicas, Departamentos Administrativos e Assessorias); 2) a estrutura interna era pequena¹⁵; e 3) não contava com a participação de sanitaristas com experiência na área de formação (PADILHA, 1976).

Num balanço geral das ações observaram-se alterações no sistema administrativo-unificado que era extensivo a todas as unidades administrativas, o treinamento de 1.987 servidores (da saúde, administração e estatística) e a institucionalização de tabela de

¹⁵ Estrutura do CETRE: uma Administração composta por um Diretor, uma Coordenação de Cursos, uma Secretaria e uma Biblioteca, esta última desvinculada da estrutura de organização, instalada num Laboratório Central, com atividades voltadas para a atenção às necessidades de informações sobre doenças infecciosas (ALELUIA *et al*, 2006).

cargos e salários, que permitiu o enquadramento de 2.470 servidores, sendo considerado um bom resultado (BAHIA, 1974).

A partir da estrutura limitada e de certa disfuncionalidade na inter-relação com os órgãos do Governo, percebe-se certa contradição quando de um lado havia o discurso de que a área de RHS era estratégica para intervenções de mudanças e para facilitar a construção de políticas governamentais, porém, por outro lado não era priorizada.

O surgimento do CETRE, no entanto, pode sugerir certo interesse em promover a adequação do pessoal às demandas da estrutura da produção de serviços, ou seja, a necessidade de se tratar a questão dos agentes não de forma pontual, porém contínua e sistemática (TEIXEIRA, 1982).

Os documentos acessados não apresentam a produção do CETRE no seu primeiro momento de criação e funcionamento. Os relatórios de gestão também não apontam o motivo de sua criação. Pelo menos duas hipóteses explicativas poderiam ser levantadas: 1) a influencia do contexto nacional que se apresentava pelo Ministério da Saúde e OPAS (uma vez que, entre 1973 e 1975 se assinala uma nova agenda para formação de recursos humanos para saúde, decorrente da cooperação OPAS-Brasil); e 2) uma modernização e evolução das funções de formação de RHS por parte do Estado¹⁶.

4.3 Um governador que não estava no *script* (1975 - 1979)

Com todo capital político acumulado, a força incontestável que adquiriu, individualmente, em comparação as demais lideranças arenistas baianas, e com a posição de governador, Antônio Carlos Magalhães, julgava certo fazer sua sucessão. Entretanto, o revés ocorreu no instante em que o general Geisel retornava ao poder federal, junto com o antigo grupo “castelista”. Era um cenário no qual o candidato de preferência de ACM reuniria virtualmente condições de êxito análogas a de príncipe herdeiro (DANTAS NETO, 2006). No entanto, alguns fatores pesaram contra. Primeiro, a questão do quadro institucional, onde a sucessão, como anteriormente, seria resolvida pelo mecanismo da “eleição indireta” de um “candidato” escolhido pelo regime autocrático, o que, se não descarta o critério do peso do escolhido, ao menos o relativiza. Segundo, a questão da

¹⁶ Porém, o verdadeiro sentido dessa evolução da estrutura anterior, a Divisão de Educação Sanitária, não é apreendido. Tinha como responsabilidades: 1) determinar as necessidades e elaborar normas, métodos e técnicas educativas aplicáveis do desenvolvimento dos programas de saúde; e 2) assessorar outros órgãos e entidades públicas e particulares na realidade de programas educativos que objetivem a promoção da saúde fora criada na Reforma Administrativa de 1966, com a Lei nº 2.321 de 11 de abril e o Decreto-Lei nº 19.931 de 28 de setembro (BAHIA, 1966).

agressividade do governador da Bahia, ao concentrar em suas mãos as rédeas do poder estadual, transformando em potenciais adversários todos os demais grupos arenistas (NETO, 2006). Em terceiro lugar

[...] todos os marginalizados se juntaram: Juracy, Luis Viana, Lomanto e armaram um esparro pra ele [ACM], fizeram com que ele aceitasse a inclusão do nome de Roberto Santos na lista e ele caiu nessa [...] quando escolheram Roberto Santos, que ele não queria absolutamente, ele não pode dizer nada [...] caiu por que JAMAIS passou pela cabeça dele perder, com a volta de Geisel e do grupo de Castelo [...] (Mario Kertész depoimento em 23.07.2001, *apud* DANTAS NETO, 2006, p. 457).

Após a sua escolha, o papel do novo Governador Roberto Santos era manter certo equilíbrio entre as forças políticas aliadas, embora com estilo que se distanciava do “sistema de perseguição” anterior como ele mesmo definiu em entrevista na pesquisa supracitada (SOUZA & NETO, 2006).

Uma das primeiras ações do governador foi retomar a regionalização das ações do governo, homologada pela Lei Estadual nº 2.321/1966, “*Organização da Administração Estadual*”, patrocinada pela Agência Norte-Americana de Desenvolvimento Internacional – USAID e com a assistência técnica da Universidade Federal da Bahia – UFBA que visava à descentralização de funções executivas e a centralização de funções normativas. Essa lei, apesar de ter criado 16 regiões administrativas, não conseguiu a implantação das suas funções básicas – orçamentação, planejamento, administração geral¹⁷.

Outra ação do governo estadual foi o alinhamento com o II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND, que tinha como proposta realizar um ajuste estrutural na economia brasileira. Entretanto, apesar dos investimentos feitos, o II PND não obteve o êxito que pretendia e a dívida externa do Brasil aumentou consideravelmente no seu período de vigência. Este Plano que surge, aparentemente, como parte de uma preocupação do regime militar em introduzir – ainda que de forma restrita e autocrática – uma pauta social na agenda de desenvolvimento, na verdade representava uma forma de renovar as condições de reprodução do próprio regime (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

No cenário nacional dessa crise algumas proposições setoriais surgiram. A principal foi o entendimento de que as dificuldades existentes no setor saúde eram

¹⁷ Para a Saúde, e no plano mais geral, o processo de regionalização estagnou-se, apenas sendo retomada timidamente em 1972, quando houve um novo processo para reformulação dos órgãos existentes, a época, ação patrocinada pela SUDENE e pela OMS (NERY, *et al*, 1977).

decorrentes da irracionalidade administrativa e a baixa cobertura, o que conduziu a proposta de reorganização do “Sistema de Saúde”, com a utilização do planejamento para a criação de Programas de Extensão e Cobertura (PEC’s), dirigidos a grupos populacionais até então excluídos (TEIXEIRA, 1982).

A proposta do Sistema Nacional de Saúde - SNS foi debatida e aprovada durante a V Conferência Nacional de Saúde - CNS (1975). No relatório final da conferência, foi apresentado, a partir de um diagnóstico desenvolvido sobre a área de recursos humanos, a necessidade de formação e treinamento contínuo de pessoal tanto quanti como qualitativamente. Além dessa mencionava como estratégia a capacitação técnica dos profissionais responsáveis pelo planejamento, administração, supervisão e controle dentro do sistema (BRASIL, 1975).

Assim, aproveitando a criação do SNS, com a aprovação da Lei nº 6.229/1975, o governo do estado deixou a cargo da FUSEB a execução do Plano de Implantação do Sistema Nacional de Saúde na Bahia - PISEB, visando três objetivos: 1) melhor relacionamento da SESAB/FUSEB com o Ministério da Saúde (visando uma articulação eficiente em todos os níveis); 2) a possibilidade de reformulação operacional do complexo SESAB/FUSEB; 3) a implantação em nível micro-regional, de um modelo de sistema (a fim de serem analisados e testados os resultados obtidos, antes de iniciado nas demais Unidades da Federação) (BAHIA, 1977).

Além do novo “sistema de saúde”, outras idéias foram discutidas na V CNS, como a criação do Programa Materno-Infantil, o Programa de Imunizações, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose – PECE e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste – PIASS. Este último programa enfatizaria as ações de natureza preventiva, desenvolvendo atividades simplificadas de saúde e saneamento, mediante o treinamento e utilização de “pessoal leigo” da própria comunidade, cujas atividades deveriam complementar as ações do PECE (BRASIL, 1975).

Foi apresentada na conferência a atuação da Fundação SESP que dentro de diretrizes do Ministério da Saúde, executava há algum tempo o programa de “Extensão de Ações de Saúde nas Áreas Rurais”, junto a populações com difíceis condições sócio-econômicas. Atuava recrutando e treinando de forma permanente, pessoal auxiliar (visitadores e auxiliares de conservação de saneamento) nas localidades com menos de 2.500 habitantes (BRASIL, 1975).

Tanto do ponto estratégico quanto dos recursos financeiros Teixeira (1982), ressalta que iniciativas como o PPREPS, apesar de representarem um projeto político subalterno na conjuntura da saúde, precisando de legitimação do Estado face à reorientação da própria política econômica e, também por pressões oriundas de grupos técnicos do próprio aparelho de Estado, obtiveram êxito, e traduziram-se em práticas concretas. Entre elas, o planejamento de recursos humanos, ou a formação de pessoal para o exercício das atividades em Programas como PIASS e PEC.

Assim, a articulação de alguns projetos do Ministério da Saúde teve sua ação fortalecida no SNS para desenvolvimentos nos Estado, em torno de dois grandes Programas, o PPREPS e o PIASS¹⁸. Os dois programas foram operacionalmente estruturados em torno de três eixos programáticos:

O primeiro deles [...] às atividades de preparação de pessoal de nível médio e elementar, em volume proporcional às pretensões de expansão de cobertura da cobertura da atenção prevista quando da implantação do Sistema Nacional de Saúde e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento [...]. O segundo [...] indicava a criação e o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais de saúde, que corresponderiam a um universo de 15 a 20 milhões de indivíduos atendidos. O terceiro, por fim, dava conta das ações de apoio às instâncias estaduais responsáveis pela condução das políticas e programas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 54).

Para os estados que tinham os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a implantação do PPREPS o maior desafio para efetivar esse processo seria equacionar as necessidades de recursos humanos, derivados dos PEC e notadamente do PIASS, dando continuidade as atividades que vinham sendo desenvolvidas, mas já considerando as experiências de capacitação, incorporar novas práticas e instrumentos compatíveis às necessidades da população.

Com relação à instalação de regiões de Integração Docente-Assistencial - IDA das experiências desenvolvidas, algumas foram consideradas importantes pelo Grupo Técnico Assessor Principal - GPA, então, coordenado por Carlyle Guerra de Macedo, considerando a inserção no desenvolvimento do PIASS.

¹⁸ Os primeiros estados atendidos, ao longo do ano de 1976, foram Piauí, Minas Gerais e o Rio Grande do Sul. Os demais estados, todos, das regiões Norte e Nordeste do país, foram iniciados em 1977. Os indicadores quantitativos do PPREPS expressam que apesar de não alcançada a meta total do projeto no triênio entre 1976 e 1978, as 39 mil pessoas capacitadas representava um numero considerável. Os egressos corresponderiam aproximadamente em: 50% nível elementar, 28% nível médio e 22% nível superior. Os estados que mais contribuíram no total do processo de capacitação foram: Minas Gerais com 28,5 do total realizado pelo projeto; a Bahia, 19,3%; o Pará, 13,7% e Pernambuco que respondeu por 12,4% (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 55).

Quatro as iniciativas ocorreram entre 1976 e 1978: 1) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, visando a reforma curricular e o apoio ao internato rural, na região do Centro de Saúde de Montes Claros; 2) da Universidade Federal de Pernambuco, no desenvolvimento de ações para um modelo alternativo de atenção primária, no município de Vitória de Santo Antão, junto com a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE; 3) do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, visando à revisão dos currículos de enfermagem, medicina, farmácia e bioquímica; a implantação de estágios rurais integrados, a criação do curso de especialização em administração e planejamento de sistemas regionais de saúde, tudo isso, com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PB; e 4) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, visando mecanismos de articulação entre a universidade e as redes de serviço, através da programação dos estágios de graduação nos cursos de medicina e enfermagem, entre outras (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

Já na VI CNS (1977), com a ampliação do SNS e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica houve forte reconhecimento do Ministério da Saúde, da relação entre as ações de saúde e o grau de desenvolvimento dos RHS, observando inclusive implicações econômicas e sociais. Dessa forma o ministério enfatizou a necessidade de uma adequação da formação destes recursos humanos, como requisito básico, para melhorar a prestação de serviços a população. Com isso, fez o esforço para criação do Grupo-Saúde Pública¹⁹, através do Decreto nº 79.456 de 30 de março e a Lei nº 6.433 de 15 de julho ambas de 1977, como medida estratégica para melhorar a utilização dos profissionais na área. Na criação do Grupo-Saúde Pública contituiram-se duas categorias funcionais: a de sanitarista, de nível superior, e a de agente de saúde pública, de nível médio, ambas de caráter multiprofissional e com a exigência de aperfeiçoamento contínuo (BRASIL, 1977, p. 201).

A principal atuação desses profissionais estava ligada as funções técnicas, administrativas e políticas, ocorrendo simultaneamente em diversos níveis²⁰. Essa

¹⁹ O Grupo-Saúde Pública constituiu uma equipe multiprofissional, com características polivalente, integrado por duas categorias funcionais, uma eminentemente voltada para as atividades de planejamento, normalização, direção e supervisão e outra predominantemente executiva. Na categoria funcional Sanitarista, formada por profissionais de nível superior, estão os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, pedagogo, psicólogo, sociólogo, antropólogo, comunicador social, veterinário, engenheiro, economista, administrador, advogado, biomédico e agrônomo (BRASIL, 1977, p. 203).

²⁰ No nível central, estavam ligados a órgão técnico-administrativo de coordenação, com a Secretaria Geral, Consultoria Jurídica, Divisões Nacionais e Coordenadorias (em Brasília ou Rio de Janeiro); No nível estadual, ligadas as Sedes das Diretorias Regionais da SUCAM, Delegacias Federais de Saúde, Inspetorias de Saúde dos Portos (nas capitais das Unidades da Federação); Já no nível

processo de criação da função do Grupo-Saúde Pública, principalmente no que se refere às funções do Sanitaristas²¹ representou um avanço no setor, pois possibilitaria a correção de distorções quanto à formação e atuação dos recursos humanos²².

Nos anos seguintes ocorrem o processo de criação da carreira de Sanitarista nos Estados, assim como a de formação de recursos humanos em diversas áreas de atuação, possivelmente influenciado, por essa iniciativa nacional. Na Bahia, nesse mesmo ano, já seria publicada no Diário Oficial do Estado, a Lei nº 3.625 em 27 de dezembro de 1977 – que além de reestruturar a Categoria de Médico do Serviço Público Estadual, criaria a de Médico Sanitarista.

4.4 O CETRE e a articulação com o PIASS e o PPREPS

O objetivo do governo estadual na área da saúde era expandir as ações e serviços oferecidos pelo sistema, admitindo que a área de recursos humanos pudesse capacitar, treinar e qualificar um grande quantitativo de trabalhadores. E desde o período de transição do governo, em 1975, o futuro diretor do CETRE, Prof. Harley Padilha, já referia a necessidade de um centro de desenvolvimento de recursos humanos em saúde e não um mero centro de treinamento:

[...] modelo de treinamento numa perspectiva de planejamento e desenvolvimento dos recursos humanos do complexo SESAB/FUSEB. Idealizado num centro de desenvolvimento de recursos humanos não apenas como núcleo de treinamento, portanto com a nova concepção e estrutura para imprimir-lhe uma dinâmica que lhe garantisse um papel de destaque ao interior da instituição. Dirigido ao fornecimento de subsídios para a definição de uma política de recursos humanos (PADILHA, 1976, p. 34).

microrregional, ligavam-se aos Distritos da SUCAM e subinspetorias de Portos e Fronteiras (no interior dos Estados e Territórios Federais) (BRASIL, 1977, p. 205).

²¹ Conforme o âmbito de atuação, nacional, regional ou local, as funções desdobravam-se, entre outras, nas seguintes: planejamento; organização e administração sanitária; investigação de inquéritos epidemiológicos; desenvolvimento de pesquisa e estudos de caráter médico-sanitário; elaboração de planos e programas de saúde; estabelecimentos de mecanismos de coordenação intersetorial; assistência técnica aos Estados e Municípios, Controle de Endemias; Educação para a saúde; Controle sanitário de alimentos, drogas e medicamentos, e outros (BRASIL, 1977, p. 204).

²² Do processo de formação, usado para progressão funcional: Aperfeiçoamento (pós-graduação, *sensu lato*, destinada a graduados, para atualização de conhecimentos, através de curso ou atividade teórico-prática, com duração mínima de 180 horas-aula); Especialização (pós-graduação, *sensu lato*, com finalidade de aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos, em setores específicos do saber, com duração mínima de 300 horas-aula); Mestrado (pós-graduação, *sensu stricto*, que forma profissionais graduados conferindo-lhes o título de mestre ao término de um processo de ensino e pesquisa; Habilitação profissional (resultado do processo por meio do qual uma pessoa capacita para o exercício de uma profissão, compreende a nível de 2º grau: Técnico, curso com 900 horas e Auxiliar, curso com 300 horas) (BRASIL, 1977, p. 207).

O CETRE que fora criado no governo anterior, já vinha desenvolvendo suas funções de capacitação do pessoal da Secretaria, embora de forma insuficiente. Assim, um processo dinâmico teria iniciado nessa gestão, contando principalmente com o surgimento do PIASS e do PPREPS²³.

No exame dos Relatórios de Gestão e Mensagens do Governo verifica-se entre os principais fatores que dificultaram a atuação do CETRE/FUSEB a ausência de definição dos papéis dos diversos órgãos da estrutura nos processos de planejamento e desenvolvimento dos recursos humanos. Reconheceu-se que treinamentos sem considerar as necessidades da programação setorial não permitiram uma avaliação de sua eficácia (BAHIA, 1976).

Nesse momento, a convite do Secretário Ubaldo Dantas, assume a Direção do CETRE, o médico-sanitarista José Alberto Hermógenes de Souza, oriundo da Fundação SESP. Contava com a experiência de ter trabalhado nos projetos de desenvolvimento das áreas de interesse sanitário, social e econômico (principalmente na Região do Vale do São Francisco), tendo realizado o Curso Nacional de Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Na seqüência seria um dos responsáveis pela criação do *I Curso Básico de Saúde Pública* (1976) na Bahia, com o apoio do Ministério da Saúde e da própria ENSP/FIOCRUZ/MS. Esse curso seria responsável pela formação de novos sanitaristas para o quadro da Secretaria e da FUSEB.

[...] com o projeto de vinte e uma unidades mistas próprias e o Hospital da Naramidiba²⁴, era preciso pessoal para as dificuldades previstas. [...] Médico de curso superior, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Saúde, Visitadoras [...] me deram muita força para organizar o CETRE. Tanto que tinha o PPREPS. [...] e aqui na Bahia teve muita força para preparar pessoal. Certo, momento o Ministério da Saúde, OPAS e a UFBA nos ajudavam, com essa concepção de preparar planejamento. E o foco eram as necessidades da rede básica (Entrevistado 03).

²³ O processo de operacionalização conjunta do PIASS/PPREPS, aconteceu de forma singular na Bahia, o PIASS com o objetivo de implantação da rede básica, constituída de Postos e Centros de Saúde nas áreas rurais, precisava, principalmente, para a execução dos serviços na rede básica, de pessoal capacitado do nível médio e elementar. Até mesmo a formação de pessoal de nível superior acompanharia esse processo, na medida em que o PPREPS estava qualificando o pessoal para a administração e a supervisão das atividades desenvolvidas na rede básica. Nessa direção alguns estudos sobre os problemas enfrentados durante a operacionalização desses Programas, de ordem técnica, administrativa, financeira e política, foram realizados por Formigli (1981), Souza (1981), Teixeira, et al (1980), Rosas (1980) (TEIXEIRA, 1982, p. 72).

²⁴ O Hospital Central de Salvador localizava-se numa área da cidade conhecida como Naramidiba, atualmente representa o Bairro do Cabula. Ao final daquele governo o Hospital receberia o nome de Hospital Roberto Santos.

Observou-se que as diversas iniciativas começaram a conformar um novo projeto para o CETRE, porém ainda com alguns limites. As atividades relacionadas ao nível superior estavam resumidas ao encaminhamento de bolsistas para as instituições ou para treinamentos esporádicos promovidos pelo Ministério da Saúde. E para o nível médio apenas à formação de Atendentes e a Educação em Saúde, embora compreendida como treinamento. Os processos voltados a grupos da comunidade, estavam basicamente desvinculadas do CETRE e centralizados na Assessoria Técnica da Coordenação de Saúde – ASTEC/COSAU/SESAB.

Com a ida do Dr. Hermógenes para o núcleo dirigente da Secretaria, a professora Therezinha Moreira que voltava ao Brasil, após uma experiência de 2 anos no Senegal, recebera a responsabilidade de dirigir o CETRE (1978). Usaria sua experiência na área de educação para agregar novos elementos ao projeto da saúde. Com o apoio de profissionais da equipe que já estavam no Centro e de novos que se somariam ao longo de sua gestão, desenvolveu o Plano Trienal de Capacitação de Recursos Humanos na Área de Saúde – PTCRHAS (1976 a 1979).

Visando à adequação do sistema sanitário com a realidade do estado, quer na área urbana, quer em áreas rurais, considerando a rede hospitalar e os diversos postos de saúde, bem como o crescimento da população, o PTCRHAS representava um alinhamento ao PPREPS²⁵. Seus objetivos eram: 1) treinar agentes de saúde de nível elementar, médio e superior para melhoria qualitativa e quantitativa a assistência às populações; e 2) dar continuidade ao Sistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde no estado. (BAHIA, 1976).

Esse alinhamento em 1978 também representaria o início do PPREPS na Bahia. Entre os fatores considerados determinantes pelo GPA, em cada estado, estavam o grau de mobilização e apoio político do projeto no estado, em suas várias instituições; a capacidade de produzir um arranjo institucional amplo em torno do projeto; e a compreensão técnico-institucional nos setores ligados diretamente aos temas de RHS. Com isso, o PPREPS estaria contribuindo para a criação e/ou fortalecimento de práticas

²⁵ O caminho de construção das políticas públicas, na vigência do processo de ditadura – foi resultado também dos fatores e atores que fizeram à política crescer como uma espiral, ampliando-se pelos estados, com a ajuda de equipes da OPAS. A articulação entre o PIASS e o PPREPS, teve seu fortalecimento com a ida do Carlyle Guerra Macedo da SUDENE para a OPAS. A SUDENE que nos momentos iniciais, da década de 70, era responsável pela formação de diversos quadros políticos, com o apoio da OPAS, através do método CENDES-OPS (Entrevistado 01).

* Ubaldo Porto Dantas, Secretário de Saúde do Estado da Bahia (1975-1978).

institucionais voltadas ao planejamento da formação e capacitação de pessoal (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

Nesse momentos os projetos eram desenvolvidos com o apoio da OPAS/OMS

[...] na época, o PIASS, [...], já estava em andamento; se trabalhava com a OPAS e com a OMS era um programa, de prioridade máxima do Governo Federal, para a Interiorização e Descentralização das Ações de Saúde [...] Ubaldo Porto Dantas* chegou com aquele gás todo, estava voltando [...] com essa intenção, apesar de todas as emperreções, todas as dificuldades estruturais, ele veio com a vontade para implantar o PIASS [...] mas ao lado do PIASS, ele me pediu outros projetos, que ele queria que implantássemos, conversou comigo, ai surgiu o PTCRHAS (Entrevistado 08).

Na tentativa de alcançar esses resultados do PTCRHAS no complexo SESAB/FUSEB, através do CETRE, definiu-se uma abertura programática com cinco frentes de um Programa de Treinamento: 1) nível superior; 2) nível intermediário; 3) para comunidade; 4) para a modernização administrativa; e 5) para a biblioteca (BAHIA, 1976).

a) O *Programa de Treinamento para Nivel Superior* focava suas ações na formação, no aperfeiçoamento e na atualização de estudantes e profissionais que já estavam nos serviços.

Destacaram-se dois projetos no sub-programa: 1) Treinamento Geral - Residência e Internato em Hospitais no interior do Estado, Internato e Estágio nos Centros de saúde de Salvador e a Educação Permanente; 2) Treinamento Especializado, de caráter obrigatório, promovia anualmente o Curso Básico de Saúde Pública, incluindo as disciplinas de Epidemiologia e de Administração.

Com esse foco, a Secretaria conseguiu, através das reuniões com representantes da Universidade Federal da Bahia - UFBA, estabelecer critérios para programas conjuntos que fossem significativos e que pudessem beneficiar simultaneamente ambas as instituições através da criação de treinamentos especializados em Epidemiologia e Saneamento Ambiental, Sociologia aplicada à Saúde e Administração de Serviços Hospitalares; da oferta de cursos para formação de Atendentes Rurais, a partir das ações de controle e por fim um seminário de desenvolvimento organizacional com a participação de dirigentes.

As atividades de treinamento especializado deveriam ser objeto de programas articulados da Secretaria/FUSEB com a Faculdade de Medicina da UFBA, com a Escola

Bahiana de Medicina e com o Instituto Presidente Castelo Branco da Fundação Oswaldo Cruz - MS. Essa conjugação de esforços permitiria a economia de custos, a racionalização de processos e o pleno emprego dos recursos disponíveis em cada uma destas Instituições (PADILHA, 1976),

b) O *Programa de Treinamento para Nível Intermediário* teve seu objetivo pautado na necessidade de formação dos auxiliares de enfermagem e de laboratório. O critério de formação, no entanto, deixava alguns vieses para o andamento desses treinamentos, entre os quais as chamadas “questões políticas”. As principais dificuldades encontradas para dar continuidade ao treinamento passavam pela falta de informação da SESAB/FUSEB quanto ao número exato de funcionários na categoria auxiliar, inclusive do seu tipo de vínculo, sejam eles, estatutários à disposição da FUSEB, contratados pela FUSEB ou vinculados às Prefeituras; nos numerosos desvios de função dessas categorias entre si e entre estas e outras funções (Auxiliar de Enfermagem, Prático de Enfermagem, Atendente de Enfermagem, Atendente de Consultório, Atendente e Visitadora Sanitária); e por fim, a faixa etária desse grupo que apresentava idade média avançada com prevalência elevada de diabetes, cardiopatias, artropatias, hipertensão e psiconeuroses, com baixa renda familiar e numerosos dependentes.

Tais propostas puderam ser executadas considerando a reestruturação do Centro de Educação Técnica da Bahia que viabilizou a formação de tecnólogos na área da saúde. As principais áreas adotadas compreendiam os Tecnólogos em Saneamento, em Laboratórios e Manutenção de Unidades.

c) A terceira frente de ação trazia o *Programa de Treinamento para Comunidade*, propondo um relacionamento educativo entre a Secretaria e a Comunidade, obedecendo aos padrões tradicionais da educação sanitária, o que já podia ser observado através das campanhas de vacinação.

Na área de estudos e pesquisas para saúde foram desenvolvidos trabalhos sobre o programa de medicina simplificada, regionalização da saúde, padronização das unidades de saúde, qualificação de pessoal necessário à administração central, sobre os municípios sem médicos, entre outros (PADILHA, 1976).

Com a participação das Escolas de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Católica do Salvador na 1ª Diretoria Regional de Saúde de Salvador (em mais de 44 municípios), foram treinadas 159 curiosas que atuavam em Distritos e

que, por três meses, tiveram acesso a um treinamento em unidades localizadas no próprio interior, subsidiado pelo Estado e Prefeituras²⁶ (BAHIA, 1976).

Um dos primeiros passos foi a implantação do Programa de Medicina Simplificada na proteção do grupo prioritário da população – o materno-infantil, intensificando o uso de vacinas, aconselhando o uso e preparo de alimentos, fornecendo noções de saneamento e prevenindo mortes evitáveis pela administração de anti-diutéricos ou hidratantes orais, conforme anunciava o governador:

É lícito, pois dizer-se a esta nobre Assembléia que a política de saúde do Estado busca realizar, simultaneamente, o combate epidemiológico, a manutenção assistencial, a expansão hospitalar, a educação e o treinamento de pessoal e a obtenção de maior rendimento da capacidade do equipamento existente, mediante a integração dos esforços comunitários, públicos e privados (BAHIA, 1976, p.101).

Contudo, um dos grandes marcos, do quadriênio foi mesmo a construção do Hospital Central do Estado, em Narandiba, após a elaboração do projeto e o esforço de captação de recursos para seu financiamento²⁷. Em seu discurso o governador destacou a relevância dessa obra:

A obra que aqui tem início simbólico e efetivo de sua construção recebe o maior volume de recursos até hoje aplicado em uma só edificação pública no Estado da Bahia, da ordem de Cr\$ 307 milhões, provindo do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, criado pelo Presidente Ernesto Geisel, que o financia. Este empreendimento, que constitui ponto culminante da Administração Estadual na área da saúde, representa a implantação de uma nova filosofia na prestação de serviços públicos médico-hospitalares e significa o vértice do novo Sistema Estadual de Saúde Pública, dentro no espírito do II Plano Nacional de Desenvolvimento elaborado pela Revolução de 31 de março de 1964 [...] (BAHIA, 1977, p. 53).

Nessa perspectiva, a idéia de hierarquização da rede de serviços, tendo o hospital como “vértice” e a atuação primária como base, já se apresentava em projetos e programas:

²⁶ Ainda com referência ao ensino superior, o Governo esteve empenhado no reconhecimento das Faculdades de Alagoinhas e de Vitória da Conquista, e reunia elementos para nelas criar novos cursos e para a instituição de novas Escolas, respectivamente em Juazeiro, Jequié, Jacobina e Caetité. A Federação de Escolas Superiores situada em Ilhéus e Itabuna, núcleo que evolui para se transformar na Universidade de Santa Cruz, teria estrutura necessária para funcionamento de Cursos Superiores nas áreas da Tecnologia e das Profissões de Saúde (BAHIA, 1976).

²⁷ A ampliação do serviço hospitalar seguiu com a construção de 20 unidades mistas de saúde, com capacidade de atendimento ambulatorial e a internação de 26 pacientes. As regiões interioranas incluídas no Programa do POLONORDESTE, tendo em vista o caráter integrado das respectivas atividades, foram beneficiadas com 40 micro-postos, e com o treinamento de pessoal auxiliar para atendimento nesses distritos municipais (BAHIA, 1976).

[...] o Programa de desenvolvimento rural integrado, tinha várias ações, muitas redes e o objetivo era pra facilitar essa coisa do diálogo, a questão da intersetorialidade. [...] tive um curso, uma experiência prática que foi muito interessante, muito produtiva. E aí fiquei trabalhando nesse projeto, [...] na época a gente, tinha como um dos componentes fundamentais do projeto, identificar gente na comunidade e treinar os chamado atendentes rurais [...] (Entrevistado 07).

Dentro dessa linha, o treinamento de pessoal auxiliar de saúde para o interior do Estado foi além do programa estadual no sentido de valorizar os recursos humanos das comunidades pequenas e pobres, realizando treinamento de parteiras leigas e formação de atendentes rurais em varias regiões do Estado em colaboração com Escolas de Enfermagem e Prefeituras do interior (BAHIA, 1976).

A Lei nº 2.902/1971, "*Lei Organica dos Municípios*", indicaria uma versão inovadora de relacionamento entre a SESAB/FUSEB e a Comunidade,

O papel da SESAB/FUSEB é criar condições para que as comunidades possam assumir o controle dos processos locais de prevenção e assistência (...) inclusive esse posicionamento encontra-se claramente definida na administração pública e demonstra a responsabilidade municipal no processo de prestação de serviços de saúde (PADILHA, 1976, p. 38).

Ressalte-se ainda que as práticas comunitárias modernas levariam a considerar que as atividades de relacionamento com a comunidade deveriam basear-se no contato com grupos estratégicos de líderes formais e informais, políticos, religiosos, econômicos e familiares, como indivíduos capazes de prover e organizar os recursos necessários à satisfação das necessidades locais de saúde.

Coube ao CETRE a responsabilidade de definir os programas em que essas atividades se organizaram, o papel das unidades periféricas nesses programas, bem como a administração da Secretaria ao nível regional como no centro da Coordenação de Saúde até os programas mais sofisticados que dependessem da participação do próprio Secretário de Estado e do Governador (PADILHA, 1976).

O papel do Centro nessas ações foi destacado nas seguintes direções: articulação com profissionais atuantes na área da comunicação de massa; identificação de conteúdo para as mensagens a serem dirigidas; formação de equipes multiprofissionais para a elaboração dos programas a serem divulgados, com a participação de pessoal da área de

Saúde; catalogação de experiências similares realizadas em outros locais e realização de estudos capazes de fundamentar esse tipo de programas.

d) A quarta linha de frente tratava do *Programa Treinamento para Modernização Administrativa*, ou seja, treinamento de recursos humanos para um adequado comportamento gerencial em face das mudanças permanentes nos processos de administração moderna. Foram identificados três pontos críticos de natureza administrativa: 1) coordenação insuficiente, 2) deficiente qualificação de pessoal no nível intermediário e 3) grande parte de mão de obra de baixa qualificação. Direcionou-se o treinamento para a atualização dos dirigentes do complexo no domínio das técnicas de planejamento estratégico, de administração por objetivos e de comportamento organizacional.

O treinamento dos dirigentes foi realizado com pessoal de alta qualificação nesse campo, fora do quadro da Secretaria/FUSEB, que utilizou dinâmicas de grupos como método de trabalho (PADILHA, 1976). Para isso, foi fundamental a participação da FIOCRUZ e a parceria com a Universidade Federal da Bahia

[...] para mim a questão mais importante foi a dos sanitaristas. Porque grande parte da alegria era quando eu via formar aqueles sanitaristas todos. Muita gente que tava aqui sem formação, enfermeiras, médicos, um número enorme [...] foi fundamental a participação da Escola Nacional de Saúde Pública [...] a participação da UFBA, do Departamento de Medicina Preventiva, [...] para o I Curso Básico de Saúde Pública [...] E tudo foi bolado por Zé Alberto! [...] (Entrevistado 08).

e) A última linha de frente, *Programa Treinamento para a Biblioteca*, deveria ser entendida como um mecanismo ativo de provisionamento de informações. A biblioteca para a SESAB/FUSEB foi encarada como um sistema em que o núcleo estava vinculado à Administração Central e coordenada pelas unidades subsidiárias de nível regional vinculadas às Diretorias Regionais de Saúde nos diversos pólos de desenvolvimento no Estado. Teve por finalidade fornecer informações sobre assuntos biomédicos e correlatos a entidades, além de colaborar com os técnicos e pesquisadores da área de medicina e ciências afins. Nesse sentido, a rede seria constituída por Biblioteca Central-BC, Bibliotecas Sucursais e Unidades Volantes Interna. Nesse contexto, ocorreria a articulação com a Biblioteca Regional de Medicina da OPAS – BIREME/OPAS (PADILHA, 1976).

Durante o Governo Roberto Santos o CETRE desenvolveu atividades dirigidas aos profissionais de todos os níveis. A continuidade ao processo de treinamento iniciado em 1976, com a elaboração do PTCRHAS, era observada a cada ano. O treinamento de nível elementar teve grande ênfase em 1978 pela necessidade de atender à implantação das atividades simplificadas de saúde em grande parte do Estado, apoiadas pelo PIASS e outro grande quantitativo de pessoal treinado para atender, a necessidades surgidas com a incorporação das Unidades Mistas de Saúde, do Hospital Central e à rede de prestação de serviços do Estado²⁸ (BAHIA, 1977).

Vale ressaltar que a análise da situação dos recursos humanos em saúde, a época, tinha como propósito especificar o nível e o tipo dos serviços de saúde que deveriam estar disponíveis no futuro e, conseqüentemente, o tipo de pessoal e a quantidade de recursos humanos que seria preciso.

Tanto os estudos feitos em países em desenvolvimento como àqueles realizados em nações desenvolvidas tinham acentuado a importância e a necessidade de informações básicas mais precisas para o planejamento de recursos humanos, inclusive como um meio de influenciar políticas de saúde mais abrangentes (DANTAS, 1977, p. 6)²⁹

Reconhecia-se que um dos problemas mais sérios e persistentes dos sistemas de saúde era a má distribuição de profissionais, especialmente médicos, entre a Capital e o Interior. Percebia-se uma aglomeração desses profissionais na capital e uma deficiência desta mão de obra nas cidades pequenas. Segundo Dantas (1977), uma política de aumento das oportunidades de trabalho no interior seria particularmente possível para recém-formados, a maioria dos quais iniciando sua vida profissional em funções assalariadas do Governo.

Outras propostas surgiram nas Universidades onde, no intuito de melhorar as condições de trabalho em áreas com muita oferta de serviço, mas com pouca procura, como no interior, poderiam ser implantados nos centros avançados com residência e um

²⁸Merece destaque a realização do *III Curso Básico Regionalizado de Saúde Pública*, em convênio com a ENSP/FIOCRUZ/MS, que possibilitou a formação de sanitaristas. Esse curso recebeu apoio de diversos setores da Secretaria de Saúde, da Fundação de Saúde do Estado e de outras Entidades Estaduais.

²⁹No Brasil, segundo o autor, poucos estudos foram realizados na área de recursos humanos para a saúde antes da década de 50. Daí em diante, muitos empecilhos básicos dificultaram outros estudos, principalmente devido a falta de dados precisos sobre o número de médicos no País. Em 1969, percebia-se uma maior concentração (64,1%) destes profissionais nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Guanabara. Este fato influenciou os Ministérios da Educação, Saúde e Planejamento a se reorganizarem, a fim de formarem grupos de estudos do recursos humanos de algumas profissões, incluindo àquelas relacionadas aos serviços de saúde.

maior empenho em fornecer cursos de pós graduação para os médicos que ali exerciam a profissão.

A qualificação de mão de obra permaneceu como preocupação do Estado, sejam profissionais de nível técnico ou superior. Essa qualificação, do ponto de vista estatal, contribuiria para a racionalização do trabalho através de uma melhor utilização do pessoal tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo; possibilitaria detectar coerência ou não entre as funções exercidas e as qualificações para o desempenho das mesmas nas unidades de saúde.

Ainda no ano de 1978, considerando a preocupação do setor saúde na qualificação de sua mão de obra e nos profissionais que atuavam nas unidades, uma pesquisa foi realizada na Faculdade de Medicina da UFBA com os estudantes ingressos desde o ano de 1974 procurando obter uma avaliação do ensino que lhes era ministrado e como ele vinha contribuindo para a sua formação³⁰. Admitia-se que uma avaliação do curso e de sua contribuição científica poderia subsidiar a revisão de currículos, permitir a melhoria de métodos de ensino e assuntos correlatos e propor novos processos de formação para profissionais no estado e formação de Auxiliares.

Desde sua criação o CETRE foi ampliando o seu papel na capacitação e treinamento tanto quanti, como qualitativamente, dentro da organização das ações de saúde. Se por um lado no Governo de Antônio Carlos Magalhães essa estrutura de formação foi criada e teve um papel modesto, começou a se fortalecer com as mudanças ocorridas no Governo Roberto Santos, seja por influência deste e do Secretário Ubaldo Dantas, seja pelo contexto nacional.

[...] a autonomia dada às secretarias pelo Governo Roberto Santos era muito importante. Somada a isso, o Ubaldo era uma pessoa muito ativa, um Secretário de Saúde muito forte, rigoroso, alegre. [...] Ubaldo era uma pessoa assim que ele ocupava os espaços que chegava. Então assim, ele conquistou algumas confianças, provavelmente no interior do governo, o que para secretaria, e para a gente pode realmente fazer reformas [...] (Entrevistado 01).

³⁰ Tanto os órgãos oficiais de saúde quanto os de ensino já percebiam a dissociação entre o ensino das profissões de saúde e o exercício da prestação de cuidados à população e suas consequências negativas para ambos os pólos, inclusive para o seu objetivo final de atender as necessidades de serviços de saúde da população através de um atendimento mais adequado realizado por pessoas devidamente qualificadas. Mostrava que o aparelho educacional preparava o profissional de saúde deficientemente para o mercado de trabalho, e não consegue atender às necessidades de saúde da sociedade. Mesmo com tantas deficiências percebe-se que as tentativas de mudanças a partir da criação de um aparelho formador ligado ao estado ainda eram insuficientes (DANTAS, 1977, p. 6).

As principais dificuldades encontradas nesse ciclo estavam colocadas pela não institucionalização do planejamento de recursos humanos na área da saúde, e na posição dos sujeitos sobre o tema, o que ao longo da década de 70 foi se transformando.

[...] eu acho que tinha aquela dificuldade natural no pioneirismo. Porque era uma coisa muito, muito pioneira. Mas nem destacaria tanto as dificuldades, porque era uma coisa tão mobilizadora, tão prazerosa, eu diria talvez que a principal dificuldade era a compreensão que eu falei que as pessoas tinham sobre a área de recursos humanos [...] achavam que o treinamento ia resolver tudo [...] Talvez essa fosse a pior dificuldade. Porque do ponto de vista político a gente tinha apoio! Do ponto de vista financeiro, tinha financiamento pra fazer os cursos e, para fazer os trabalhos e estudos. Então a dificuldade maior era de compreensão! (Entrevistado 07).

Esse ciclo, apesar de apresentar dificuldades trouxe a contribuição para expansão desse aparelho formador, e no desenvolvimento dos papéis institucionais, desembocando numa concepção de política para área de RHS.

[...] Nós nunca fomos adotados, nós remávamos contra as marés, a fortes marés da ditadura, depois essa dos companheiros que, eram mais ortodoxos, na secretaria. Então, todo o pensamento provavelmente vindo de um governo de ACM. Então a gente foi se qualificando, nos impondo pela capacidade de fazer bem as coisas. Isso nos uniu muito, nos formou muito com esse pensamento, [...] sempre competente e, de fazer as coisas argumentando, escrevendo e fazendo presença nos colegiados [...] (Entrevistado 01).

Como componente político-pedagógico teria sido uma cultura no setor saúde para formação de novos sujeitos – a exemplo dos sanitaristas – e para a construção de novas políticas e práticas de saúde. No entanto,

[...] a maior dificuldade foi essa da convivência com os amigos. [...] que eram pessoas doces, mas a gente sentia que eles tinham outros pensamentos, quer dizer, digerir e aprender política para entender que o fenômeno que tava colocado na mesa era uma guerra de posição [...] (Entrevistado 01).

A efervescência dos projetos, em âmbito nacional durante a segunda metade do ciclo CETRE, pode ter influenciado um conjunto de processos de formação de RHS no estado. Todavia, isso só foi possível pela capacidade técnico-política de fazer um alinhamento estratégico, a exemplo do PPREPS com o PTCRHAS, também favorecidos

pela descentralização e interiorização de ações de saúde, visando à melhoria das condições sanitárias da população, através do PIASS. As flutuações da conjuntura política e as disparidades entre os níveis nacional e estadual, em cada um dos governos, contribuíram para um alcance parcial das metas propostas, sobretudo no PPREPS e no Projeto IDA (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

Assim, numa conjuntura aparentemente favorável para introduzir mudanças emergiam distintas concepções e posições para o desenvolvimento do RHS.

4.5 O começo do carlismo baiano-nacional (1979 - 1983)

Depois de ter sido Presidente da Eletrobrás (1975 a 1978), inserção político-administrativa que permitiu consolidar a articulação nacional que ainda lhe faltava, para o chamado “*carlismo baiano-nacional*”, ACM voltou mais fortalecido politicamente para o exercício de seu segundo mandato por eleição indireta:

Antônio Carlos como presidente da Eletrobrás era mais importante que a maioria dos ministros. Porque ele sabe ocupar espaço. E a Eletrobrás era um ministério (Delfim Neto, depoimento em 21.03.2001, *apud* DANTAS NETO, 2006, p.467).

A confiança do núcleo do poder servia a ACM para enfrentar o movimento contrário que se movia na Bahia e construir bases de articulação amplas em meio à elite nacional. Assim, volta ao poder, “vencendo” uma eleição indireta, para retornar ao governo em 1979, o que seria seu segundo mandato.

Tendo ocupado um espaço nacional com visibilidade, ACM sinalizava que não era então necessário buscar outro líder político, por que voltaria, pessoalmente para retomar a obra começada (DANTAS NETO, 2006). Seu prestígio é evidenciado em diferentes momentos

[...] Antônio Carlos é o tempo inteiro pensado em termos baianos [...] perdeu local, mas cresceu enormemente no governo Geisel. [...] a Bahia para o governo Geisel era o Antônio Carlos, não era o Roberto Santos. [...] Aquilo era uma relação de amizade mesmo [...] não foi ser presidente da Eletrobrás gratuitamente. Tinha cacife para chegar lá. A Bahia não tinha, ele tinha (Delfim Neto, depoimento em 21.03.2001, *apud* DANTAS NETO, 2006, p.470).

Era um momento de transição. A abertura política já começada no governo anterior tornando-se uma tarefa difícil, a exigir dos brasileiros, compreensão, prudência e espírito de colaboração. O objetivo a ser atingido era assegurar ao País pleno e verdadeiro regime democrático³¹ que, por sua essência, não se coadunava com os sistemas opressores da liberdade individual e de soberania dos povos, responsáveis pela intranqüilidade (BAHIA, 1979).

O governo ACM elaborou para o setor saúde, o documento intitulado, “Diretrizes e Metas³²”, com ênfase nas ações elementares da saúde e de atendimento primário à população, além do intenso trabalho de modernização da Secretaria.

Entre ações desenvolvidas e os convênios firmados, encontra-se a parceria com o INAMPS/MPAS visando à continuidade da operacionalização do PIASS, contribuindo para a manutenção de 123 centros e 365 postos, sediados em 123 municípios (BAHIA, 1979). Há que se ressaltar, no entanto, que esse processo já vinha sendo construído desde o governo anterior.

No que se referia ao Plano de Implantação do Sistema Nacional de Saúde no Estado da Bahia – PISEB desenvolveram-se dois modelos na área da 9ª Diretoria Regional de Saúde, envolvendo sindicatos, prefeituras municipais, o INAMPS e a FUSEB.

Com a justificativa de ampliação das ações de saúde e da rede de serviços médico-sanitário, foram implementados Programas de Extensão de Cobertura, objetivando criar uma infra-estrutura necessária às ações preventivas e de recuperação da saúde em todo o Estado da Bahia. Esses equipamentos foram instalados nas comunidades rurais, sedes municipais e regionais ampliando, desse modo, as possibilidades de acesso da população rural aos serviços de saúde (BAHIA, 1979).

Naquele momento realizou-se a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), e o tema RHS foi debatido visando à integração do Ministério da Saúde com as Secretarias

³¹ [...] houve certa descentralização no período autoritário, com a eleição do Dr. Roberto Santos [...] sem vivência política mais ampla, mas desejo muito grande de fazer uma boa administração. Acostumado no meio universitário, buscou fazer projetos e planos de governo. Teve apoio daqueles políticos que poderiam levar à Bahia para alcançar o objetivo almejado do seu desenvolvimento [...] tentou-se modificar o quadro político, mas não era possível por erros nossos, como pela habilidade de fazer prestígio junto ao Governo Federal, que era dominado por duas ou três pessoas. [...] (Senador Juracy Magalhães, depoimento a Celina Souza, 1995) (NETO, 2006, p. 471).

³² Essas alterações aconteceram desde o Estatuto e Regimento da FUSEB, até a própria estruturação da fundação, visando corrigir desequilíbrios entre os suportes administrativos das atividades-meio e das atividades-fim, resultando em alterações na estrutura global da instituição. Durante o período estiveram vigentes 265 convênios entre a SESAB/FUSEB e outras instituições, com o objetivo de suprir e ampliar as ações de saúde, principalmente em áreas como, vigilância sanitária significativamente deficitária no interior do estado – ação em parceria com o Ministério da Saúde; ações de saúde pública para Região Administrativa de Barreiras – parceria com a Fundação SESP; e a construção habitação e postos de saúde – acordo mantido com o BANEB e o DESENBANCO.

Estaduais de Saúde, com vistas à formação dos recursos humanos para os serviços básicos de saúde. A idéia central era construir um plano de trabalho com cada estado identificando suas particularidades para que, de forma coerente e diferenciada, os RHS fossem treinados para o enfrentamento das situações encontradas em cada local, e não de uma forma descontextualizada. E como agente interlocutor e de execução, a partir da esfera ministerial, seria designado a FIOCRUZ e, em particular a ENSP, na busca de somar esforços e recursos para um melhor desempenho junto aos estados (FANUCK, 1980).

Na abertura da conferência foi apresentado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, como sendo “o conjunto integrado de serviços, prestados as pessoas e as comunidades, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e a reabilitação básica de suas conseqüências”, e para tanto deveria definir as características dos recursos humanos, principalmente de nível elementar e médio, para os quais estavam voltados os esforços para qualificação técnica (BRASIL, 1980).

Um tema relevante na articulação desse Programa junto aos estados foi “a questão da substituição da especialidade pela generalidade”. Constatava-se a contradição da realidade de mercado de trabalho que privilegiava claramente a especialidade, sobretudo na assistência médica, em detrimento de projetos multiprofissionais, comprometendo a execução dos programas face ao domínio da medicina assistencial onde permanecia a hegemonia do médico (FANUCK, 1980).

Com o advento do PREV-SAÚDE³³ foi elaborado um novo Termo de Cooperação OPAS-Brasil, incluindo o Ministério da Previdência e Assistência Social que, juntamente com os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultural, buscavam propiciar atendimento universal, privilegiando a atenção básica em saúde, de acordo com as recomendações da Assembléia Mundial de Saúde (1977) e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários – “Conferência de Alma Ata” (1978) (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

Durante a conferência nacional, o presidente do INAMPS/MPAS, Harri Graeff, apresentou reestrutura produtiva que acontecia no instituto, que inicialmente limitava sua atenção no campo de recursos humanos para a força de trabalho médica. Porém, daquele momento em diante começava a delinear outro perfil para seus profissionais, passando a

³³ Dentre os principais objetivos do PREV-SAÚDE estavam: enfrentar o problema da cobertura de serviços básicos de saúde, de forma a atingir o conjunto da população; promover um reordenamento do setor público estimulando maior articulação entre as esferas federal, estadual e municipal; aumentar a produtividade via racionalização da oferta de serviços disponíveis; e promover a melhoria das condições sanitárias do ambiente, com a implantação de sistemas de abastecimento de água e esgoto, particularmente nas áreas com maior prevalência de endemias e maior densidade populacional (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 75).

modificar a concepção, acompanhando por sua vez, as diretrizes difundidas pelas organizações de saúde que preconizavam a formação de técnicos capazes de atender às necessidades básicas da população. Ou seja, uma ênfase às ações de promoção da saúde e cuidados assistenciais, primários, secundários e terciários (GRAEFF, 1980).

Para consecução deste objetivo, o médico não deverá mais realizar o trabalho isolado, mas liderar uma equipe multiprofissional em que as capacitações e responsabilidades serão diferentes, mas realizadas de forma integrada. Trata-se de realizar uma hierarquização das ações de saúde, que incluem: a) cuidados elementares, que compreendem, entre outros a educação para a saúde, transmitindo princípios de higiene, de nutrição, de imunização, de saneamento e executando ações correlatas; b) cuidados assistenciais primários (GRAEFF, 1980, p. 128).

Aquele momento de debate nacional ainda foi oportuno para refletir sobre a Enfermagem. A compreensão de que a oferta de serviços básicos de saúde representava a oportunidade de viabilização do compromisso social que todos os profissionais de saúde precisam assumir junto a população brasileira, fortalecia a iniciativa de reorganizar a formação dos recursos humanos em enfermagem, inclusive dos profissionais formados pelo sistema educacional formal.

Até o momento todos os esforços feitos no Brasil para atingir as metas quantitativas de pessoal de enfermagem, estabelecidos no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, certamente chegam a 1980 exigindo novas estimativas. Isto por que a determinação de 4,5 enfermeiros e 14,5 pessoal auxiliar de enfermagem para 10.000 habitantes teria que ser reestudada, de vez que aquela época do estabelecimento de tal meta não se teve em conta a estratégia de desenvolvimento da assistência primária de saúde [...] (PAIM, 1980, p. 131).

Foi possível identificar nos debates sobre dos recursos humanos no PREV-SAÚDE que o sentido fundamental de mudança decorria da necessidade de ter presente nos territórios estaduais o maior quantitativo de pessoal habilitado, exercendo a responsabilidade sanitária de desenvolver atividades de apoio técnico e treinamento junto a agentes locais para o atendimento a comunidade, por que o sistema formal de serviços não era suficiente, e com isso poderia ser alcançado maior grau de atenção a saúde. Para a formação de pessoal auxiliar, nos níveis elementar e técnico sendo necessário uma formação em massa, a exemplo do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de

Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar, que seria conhecido anos depois como “Projeto Larga Escala”.

O governo da Bahia apresentou nesse contexto, como prioridade, a “*implantação da rede básica de saúde*”, com a construção e articulação de Postos e Centros de Saúde, integrados aos atendimentos oferecidos pelos hospitais. Ampla atenção também foi dada a Vigilância Epidemiológica e ao Programa de Vacinação Continuada, especialmente a Campanha Contra a Poliomielite, que alcançou uma extensão superior às expectativas mais otimistas, vacinando em torno de dois milhões de crianças³⁴ (BAHIA, 1981).

O processo de reorganização administrativa e financeira das instituições de saúde era tido como dispositivo para desenvolver um trabalho mais adequado à realidade do Estado, capaz de atender às amplas carências no setor, de acordo com metas traçadas pelo Governo e que visavam à implantação de uma estrutura atuante em todas as localidades da Bahia, com ênfase no atendimento primário à população.

O aumento, das medidas de caráter preventivo, contaria com inúmeras parcerias entre elas com o INAMPS, UFBA, Ministério da Saúde, Ministério do Interior, BANEBC, DESENBANCO, CEPLAC, Prefeituras Municipais e principalmente com a Fundação SESP, responsável pelas ações de saúde e saneamento na 16ª e 17ª DARES³⁵.

A programação de saúde do Estado desdobrou-se em seus respectivos projetos e atividades, consoante às políticas e diretrizes estabelecidas para o setor no início da gestão governamental. Os pressupostos para essas ações eram a intensificação do emprego de técnicas preventivas, integrando-as, àquelas de caráter curativo, a modernização da estrutura organizacional do complexo ISEB/ SESAB, a racionalização do emprego dos recursos financeiros destinados às atividades do setor, a formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos e a ampliação e racionalização das atividades de caráter curativo (BAHIA, 1982).

No âmbito administrativo, surgiu uma nova reestruturação político-organizacional: foi extinta a FUSEB e criado o Instituto de Saúde do Estado da Bahia

³⁴ No período de 1974 à 1980 revelou-se a necessidade de implementação de uma política de modernização das práticas de RNS, a criação, a diversificação interna e a busca de articulação inter e intra-institucionais dessa área, principalmente com as instituições de ensino, especialmente as que formavam médicos. Com base nisso em 1980, um convênio foi estabelecido entre a UFBA, Secretaria de Saúde e Fundação de Saúde do Estado da Bahia - SESAB/FUSEB e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, propunham eliminar as políticas isolacionistas da área da saúde favorecendo desta forma uma maior integração (BAHIA, 1981).

³⁵ Ainda como força acessória para o enfrentamento dos agravos de saúde, o Estado criou a Empresa de Produtos Farmacêuticos da Bahia Ltda - BAHIAFARMA, sob a forma de sociedade por quotas, vinculada a Secretaria de Saúde, para a produção de medicamentos a serem adquiridos pela Central de Medicamentos - CEME (BAHIA, 1981).

(ISEB), pela Lei Delegada nº 12, de 30 de dezembro de 1980, entidade autárquica descentralizada, com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia financeira, patrimônio próprio, vinculada a Secretária da Saúde. Passou a existir o complexo ISEB/SESAB que desenvolveu várias ações cabendo citar, pela importância, as seguintes:

- regulamento geral do ISEB, adequando a sua estrutura aos requisitos da sua autarquização [...]
- acordo celebrado com o INAMPS, visando a que Estado e o órgão de previdência federal tenham a mesma regionalização, com base no qual se elaborou e aprovou o Decreto n. 28.013, de 16 de junho de 1981, que criou o Sistema Regionalizado e Hierarquizado de Saúde da Região Metropolitana de Salvador (BAHIA, 1982, p.245).

Construiu-se então a programação do complexo ISEB/SESAB abrangendo projeto e atividades que objetivaram recuperar e reparar unidades hospitalares e ambulatoriais; reformular as atividades de vigilância epidemiológica; estreitar os laços entre as diversas instituições de saúde que operam na Bahia; intensificar a pesquisa em Saúde Pública; reformular as atividades didáticas assistenciais; ampliar a cobertura das atividades de vigilância sanitária; intensificar o treinamento de pessoal e o fortalecimento das instituições de saúde de cunho não lucrativo, entre outros (BAHIA, 1982).

4.6 A ampliação do espaço da formação e desenvolvimento de RHS: do CETRE ao CENDRHU

Como se descreveu anteriormente, houve no período de 1973 à 1979 uma adequação da estrutura interna do CETRE para atingir a ampliação dos objetivos traçados, e também o reforço quantitativo de pessoal qualificado para desenvolver as ações pretendidas. O CETRE foi sofrendo uma série de modificações, desde a incorporação de novos técnicos e da introdução de novas concepções de trabalho até a ampliação de suas funções. Essas modificações resultaram numa reestruturação administrativa com a formação de 3 Coordenações (de Capacitação; de Planejamento e de Pesquisa e de Documentação e Informação) e em inovação metodológicas nos treinamentos (BAHIA, 1980). Esse processo de ampliação do seu quadro técnico e da sua estrutura culminou com a reestruturação, em 1980, quando o CETRE passou a se denominar Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos - CENDRHU (criado no

Decreto nº 28.006, de 9 de junho de 1981 – que aprova o Regulamento Geral do ISEB). Continuava com a mesma estrutura organizacional, porém com maior definição da áreas de atuação: treinamento, recrutamento e seleção, cargos e salários, documentação e informação.

A partir dessa reestruturação criaram-se setores, possibilitando a execução de um trabalho mais abrangente no que se refere ao desenvolvimento de recursos humanos na Instituição. Foi incorporado à Coordenação de Capacitação o setor de Recrutamento e Seleção, à Coordenação de Planejamento e Pesquisa, e o setor de Cargos e Salários. Foi também recuperado o Programa IDA, visando o desenvolvimento de ações articuladas, principalmente em relação aos estágios e a Residência Médica, realizadas pelas SESAB/FUSEB/INAMPS/UFBA.

Assim, na área de treinamento de RHS³⁶ foram realizadas as seguintes atividades: concurso público para profissionais de nível superior, implantação e reforma dos núcleos de treinamentos nas DIRES, seminários e treinamento diversos (a nível central e regional), o projeto de Introdução de Inovações Metodológicas na Capacitação de Auxiliares de Saúde – IIMCAS³⁷, o IV Curso Básico Saúde Pública, dessa vez de forma Regionalizado e voltado para as DIRES, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA, além da elaboração do manual dos Atendimentos Rurais, entre outros (BAHIA, 1979).

A partir dos cursos e projetos desenvolvidos pelo CENDRHU foram estabelecidas parcerias com instituições e atores:

[...] o Arlindo Fabio, da ENSP foi um aliado muito grande a gente construiu por dentro dos cursos de saúde pública, na conexão ENSP e FIOCRUZ [...] Foram os próprios cursos de saúde pública que nos permitiram também nessa outra fase fazer a discussão da descentralização para o estado. Oferecemos o curso intencionalmente só para a DIRES.

[...]o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Recursos Humanos, com Hélio Uchoa, que coordenava os cursos de Saúde Pública também nos apoiou [...] na Coordenação de Recursos Humanos, a Secretaria, era a Lia Fanuck,... destacaria do grupo dela

³⁶ Segundo estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Bahia contava no ano de 1974, com 3.255 médicos 464 enfermeiros e 3.661 auxiliares de saúde. Desses profissionais, concentravam-se na 1ª Região Administrativa 167 médicos, 315 enfermeiros e 1.441 auxiliares de saúde, representando 67,57%; 67,89% e 39,36% do total do Estado, respectivamente. A relação médico habitante, para o conjunto do Estado, era de 1 para 2.529 habitantes. No tocando aos dentistas, segundo levantamento da Secretaria de Saúde em 1973, existiam na Bahia 1.466 dentistas dos quais 912 concentravam-se na 1ª Região Administrativa (BAHIA, 1983, p.24).

³⁷ Este projeto teve origem na gestão anterior, com o Secretário Ubaldo Dantas: [...] o IIMCAS, foi uma excepcionalidade [...] o secretário tinha amigos no Banco do Brasil em Brasília, então nosso projeto era o único na área social, no setor de Financiamento da Pesquisa Científica - FIPEC, que era um órgão, do Banco e que financiava projetos/uma aliança com a Fundação SESP na época, pra poder formar o auxiliar de saneamento (Entrevistado 01).

duas pessoas muito interessantes, um era o Geraldo Luckesi [...] e a Joana Azevedo que foi “mãe” do processo de Larga Escala.

[...] A OPAS sempre nos apoiou... O grupo da OPAS, em si, nesse se destaca o próprio Carlyle, que coordenava o grupo, o Cesar Viera e o Francisco Salazar [...] ainda num âmbito mais nacional, quer dizer a figura da Hortência Pires de Holanda, que junto com a Edite Mata Machado, é [...] depois veio a fazer parte do quadros da UFMG, ou já fazia, eu não sei, forma duas figuras importantíssimas [...] (Entrevistado 01).

Esses atores participaram ativamente desse momento em que o CENDRHU conformava-se com um aparelho formador no estado da Bahia, sendo responsável não só pela formulação e planejamento, mas também pela sua execução.

Entre as Políticas e Diretrizes para o setor saúde apresentavam-se as questões da formação e aperfeiçoamento de RHS e da racionalização do emprego:

[...] avaliar a necessidade de recursos humanos, quer quantitativa, quer qualitativa; melhorar a qualificação da mão-de-obra empregada no setor, dando prioridade àquela dos níveis elementar e médio, estimulando sempre que possível, a polivalência; incentivar a articulação do complexo SESAB/FUSEB com os organismos formadores de mão-de-obra, promovendo, inclusive, a instalação de Campos Avançados; promover a integração do complexo SESAB/FUSEB com órgão de pesquisa em Saúde Pública nacionais, estrangeiros ou internacionais (BAHIA, 1983, p.32).

A partir dessas diretrizes merecem ser citadas, pela importância referida no relatório, as seguintes ações: realização de 3 Cursos de Especialização em Saúde Pública³⁸; realização do Primeiro Curso de Especialização em Epidemiologia³⁹; implantação e reforço dos “Núcleos de Treinamento” nas DORES; realização de diversos cursos, de curta e média duração, em saúde, e nos diversos campos da Administração, para os níveis superior, médio e elementar; e capacitação de 6.521 pessoas nos diferentes níveis de escolaridade (superior, médio e elementar) (BAHIA, 1983).

Alem dessas ações, foi firmado o Convênio de criação da Comissão de Integração de Saúde e Ensino – CISE entre o Governo do Estado através da SESAB, a UFBA e o INAMPS, com o objetivo de maior articulação entre as instituições formadoras de mão-de-obra, buscando evitar a dispersão de recursos e permitindo aos estudantes um maior e mais precoce contato com a realidade (BAHIA, 1983).

³⁸ Em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ.

³⁹ Diante acordo celebrado entre a Secretaria/ISEB, UFBA, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

As atividades no início da gestão do CENDRHU não foram numericamente significativas em comparação ao período anterior. Apesar disso, algumas metas não só foram alcançadas como superadas. Todavia, os documentos referem que a programação de alguns cursos ficou comprometida, mas continuaram nos anos seguintes⁴⁰. Outra ação importante foi a dos Encontros de Módulos Básicos que articularam a questão da participação conjunta de profissionais de vários níveis de escolaridade (superior, médio e elementar) e de pessoal administrativo (central e regional) o que permitiu, conforme relatório, uma constante troca de experiências (BAHIA, 1983).

Nesse período verificou-se a realização do processo de qualificação de instrutores para os estágios e residências através da realização de um seminário que contou com a participação de profissionais das regionais, do CETRE e representantes da Superintendência de Saúde - SUPES da FUSEB, com o objetivo central de discutir a nova metodologia de treinamento e sua implementação.

Todos os projetos desenvolvidos nesse ano foram financiados com recursos oriundos da FUSEB, convênios com instituições e programas do Ministério da Saúde, entre outros. Estas outras fontes financiadoras representam programas como PIASS e PISEB.

Em decorrência de alterações na Secretaria de Saúde e no CETRE, em particular, na transição dos Governos Roberto Santos-ACM, a dinâmica dos trabalhos esteve comprometida, pois muitos cursos só foram iniciados nos últimos meses do primeiro ano de governo. Além disso, um contraditório foi registrado no relatório de atividades daquele ano,

[...] observamos o total de treinamentos efetuados notamos um incremento de treinamento de profissionais de nível superior, incoerente, portanto com as diretrizes dos programas de extensão de cobertura que prevê ampla utilização de recursos humanos de nível elementar. Isto, de um lado deve-se a realização de 2 cursos básicos regionalizados de Saúde Pública e de outro lado ao fato de os treinamentos de nível elementar e médio iniciarem em sua maioria nos meses de novembro e dezembro [...] (BAHIA, 1980, p. 28).

Os documentos apontavam que, mesmo diante das dificuldades vivenciadas, o CETRE consolidou as bases que permitiriam seu desenvolvimento nos anos

⁴⁰ “Principalmente no que se refere ao Curso de Avaliação Profissional a Nível de Segundo Grau, as metas alcançadas foram bem aquém das programadas. Vê-se, por exemplo, que para Visitadora Sanitária, previu-se o treinamento de 148, sendo alcançados apenas 11 (7,4%). Os maiores percentuais alcançados encontram-se nos Curso de Qualificação Profissional a Nível de 1º Grau, com treinamentos de Executoras do Programa de Orientação Nutricional e Alimentação Supervisionada - PONAS e Curiosas, ultrapassando de muito a meta prevista (141% e 125,8% respectivamente) (CETRE/FUSEB, 1980, p. 2).

subsequentes. Além disso, lançou como atividades para o ano seguinte, com o objetivo de superar os estrangulamentos existentes, a intensificação de atividades de treinamento, supervisão e pesquisa, o fortalecimento de áreas internas do centro, a descentralização de atividades através de seus núcleos de treinamento, ações nas áreas de recursos humanos necessários a regionalização, educação continuada e cursos profissionalizantes.

Aproveitando a ampliação de suas funções, o novo Centro (CENDRHU) reverteu suas diretrizes, redirecionando suas ofertas, voltadas ao atendimento mais amplo das necessidades da SESAB/FUSEB, incluindo assim, áreas como hospitalar, administrativa, financeira e uma articulação mais forte com as Universidades.

Uma característica importante nesse período foi a referência as diretrizes da regionalização da SESAB/FUSEB, com ênfase especial a supervisão, como incentivo e apoio ao trabalho das diretorias regionais. Com isso, o grupo de supervisores do CENDRHU passou a dar suporte de forma permanente às DARES, visando ao acompanhamento e aperfeiçoamento da metodologia de treinamento implantada no ano anterior. As atividades de capacitação focaram principalmente para o pessoal do nível médio e elementar da área hospitalar e da rede básica de saúde.

O segundo semestre de 1980, foi marcado por um grande número de seminários e encontros que permitiu a formação de um grupo de normatização, acompanhamento, assistência e avaliação para as atividades do centro. Nesse momento o CENDRHU, com o apoio da ENSP/FIOCRUZ/MS, realizou a VI versão do Curso de Especialização em Saúde Pública, com a participação de 25 supervisores regionais. Algumas características diferenciam esse curso, das versões anteriores, pois todos os alunos pertenciam ao quadro das diretorias regionais, e seu programa foi distribuído em módulos, articulando atividades teóricas e práticas, na tentativa de formar sanitaristas mais próximos da realidade institucional.

O modelo de trabalho adotado pelo Centro naquele momento foi fundamental na construção das atividades de identificação dos aspectos relevantes ao que se refere o processo de recursos humanos a nível regional. Todavia, esse modelo de trabalho, identificado como *Supervisão* (NUNES, 1986), desenvolvido de forma diferenciada nas experiências de treinamento e reciclagem, não se cristalizou enquanto processo de gestão. Foi reprogramado para o ano de 1981. Com isso, os Núcleos Regionais de Desenvolvimento de Recursos Humanos das Diretorias Regionais - NDRH/DARES foram implantados progressivamente nesse biênio, inclusive com a criação do cargo de Auxiliar

Técnico de Recursos Humanos. A implantação desses núcleos nos Hospitais, em 1981, ainda seria tema de estudo, porém não chegou a ser desenvolvida durante aquele governo.

O novo modelo de trabalho incorporado pelo CENDRHU quanto ao recrutamento e seleção permitiu a construção de outra experiência na área Administração de Recursos Humanos: seu papel foi central na inauguração das Unidades Mistas do interior do Estado. Esse trabalho foi desempenhado junto à Superintendência Administrativa, através do setor Serviço de Pessoal.

Além dessa atividade na área administrativa o CENDRHU incorporou a tarefa de análise de Cargos e Salários. Seu trabalho iniciou-se pela revisão do Manual de Classificação de Cargos e seu objetivo foi transformar esse instrumento em algo mais amplo para a condução da Política de Recursos Humanos na instituição.

Para implantação Programa Docente Assistencial – PIDA foi fundamental a integração de atividades de estágio que o Centro vinha desenvolvendo desde 1980, no ISEB. Com o apoio do Ministério da Educação e Cultura, articulado com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, assessorados pela OPAS e Fundação Kellog, o objetivo era proceder a uma articulação dos sistemas de Educação e de Saúde, com responsabilidades específicas definidas para as respectivas instituições. E apesar de suas limitações, propunha uma aproximação entre os agentes e seus objetos de trabalho, envolvendo professores, alunos, profissionais de serviço, pacientes e população⁴¹ (BAHIA, 1981). Assim, em 1981, o CENDRHU fez um realinhamento para o PIDA com,

[...] objetivos mais profundos que simples concessão da rede de saúde para estágios. Para tanto, deverá ser realizado um acompanhamento sistemático dos estágios e estagiários que compõem o quadro do ISEB, devendo o produto fornecer subsídios para o Programa [...]. (BAHIA, 1981, p.21).

O processo de desenvolvimento de recursos humanos no âmbito da SESAB/FUSEB passou por modificações intensas não se restringindo ao trabalho interno e acadêmico, mas atuando junto aos demais órgãos da SESAB/ISEB conforme o citado relatório.

Participando no recrutamento, seleção, treinamento e estruturação de cargos e salários entre outras, tanto em âmbito central, como através dos núcleos regionais, o

⁴¹ O CENDRHU realizou um estudo identificando o número de estagiários que ocupavam os espaços na saúde, caracterizando as unidades onde se desenvolviam os estágios com vistas ao estabelecimento de programas que compatibilizassem os interesses da instituição prestadora de serviços, do pólo formador e dos seus alunos.

CENDRHU cumpriu no ano de 1981 muitas ações prioritárias. Todavia, com a transformação da FUSEB em ISEB, o órgão foi requisitado para outras atividades necessárias a estruturação da nova autarquia.

A partir do entendimento de que o desenvolvimento de recursos humanos se constitui em componente essencial à melhoria da prestação de serviços de saúde, o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB) vem desenvolvendo um trabalho significativo nessa área, através do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU) (BAHIA, 1982, p.1).

A intensa atividade de supervisão⁴², continuou como marca do processo de gestão, no apoio aos treinamentos e reciclagens realizadas em Hospitais e DIRES. Os novos manuais desenvolvidos pelo ISEB especificavam um modelo para as ações de recrutamento, seleção e treinamento.

O grande número de treinamentos oferecidos ajudou ações amplas como a campanha de vacinação Anti-Pólio e Sarampo, além de outras mais específicas como os cursos direcionados a Auxiliares de Saneamento, Administração de Projetos de Treinamento, Racionalização do Trabalho, Planejamento de Recursos Humanos, Arquivo Médico - SAME, entre outros. Além disso, alguns profissionais foram encaminhados para treinamentos em instituições como Instituto Butantan, Instituto Adolfo Lutz e Fundação Oswaldo Cruz. (BAHIA, 1983).

Compuseram também o elenco de atividades desenvolvidas nesse período, os cursos de aperfeiçoamento e especialização⁴³, bem como os seminários de atualização promovidos pelo ISEB e outras instituições parceiras.

O crescente desenvolvimento do CENDRHU fez com que fosse programado para 1982 uma meta ousada de 4750 pessoas serem treinadas no ISEB, representando o dobro do que foi possível no ano anterior (BAHIA, 1983).

Após ajustes e reformulações em função dos recursos e infraestrutura disponíveis, iniciou-se no segundo trimestre daquele ano, uma grande quantidade de cursos⁴⁴, porém

⁴² O primeiro trimestre do ano o centro dedicou a revisão e aprimoramento dos programadas de treinamento do curso de formação e a revisão do perfil profissional dos auxiliares de saúde, além da elaboração de materiais e manuais diversos para treinamento de categorias como atendente rural, atendente de enfermagem, visitador sanitário, auxiliar de saneamento e curiosa. No segundo semestre desse ano, as ações de avaliação a partir do processo de supervisão levou a criação do grupo de material apoio e educação continuada, ação para qualificar a seleção de materiais para os programas de treinamento e seleção. O grupo de trabalho foi responsável pela elaboração e reprodução de textos e documentos sobre educação e saúde, além da produção de folhetos e cartazes informativos dirigidos a população. Com isso, o CENDRHU acabou criando junto a sua série de publicações, o Boletim "Informações para Saúde-Bahia", contendo resumos de materiais e artigos recebidos do Centro de Documentação do Ministério da Saúde (BAHIA, 1983).

⁴³ Um exemplo, o Seminário sobre Ensino de Epidemiologia, atendendo a solicitação da Escola Nacional de Saúde Pública, e que foi direcionado a docentes de Epidemiologia dos Cursos Regionalizados de Saúde Pública, Residência de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública, uma ação conjunta da FIOCRUZ/ENSP/SESAB/ISEB/CENDRHU.

no terceiro trimestre, em sua grande maioria foram suspensos, devido à contenção de recursos recomendada a todos os setores do ISEB. Desse modo, a meta programada só fora atingida em 40%. (BAHIA, 1983). Devido à contenção e suspensão das atividades, o centro reorientou sua atuação para as demandas internas, aproveitando para analisar seu processo de gestão e acompanhamento de atividades de treinamento e reciclagem, através da ação de supervisão⁴⁵.

Esse período de transformação do CETRE para o CENDHRU teve marcos importantes que talvez só pudessem ser comparados a proposta vislumbrada por Harley Padilha: um “centro de desenvolvimento de recursos humanos não apenas como núcleo de treinamento, portanto com nova concepção e estrutura para uma dinâmica que lhe garantisse um papel de destaque ao interior da instituição” (PADILHA, 1975, pag. 34).

O CETRE mesmo no período da ditadura militar conseguiu formular políticas, construir projetos, formar sujeitos e inseri-los nas lutas da área de RHS. Conseguiu também durante o Governo Roberto Santos, estabelecer base de sustentação para um novo momento, talvez mais adverso, menos progressista:

[...] a idéia do grupo e de alguns outros, personagens da secretaria de saúde e fora da secretaria de saúde, junto com algumas instituições que trabalhavam com a gente, existia para formar o *profissional de saúde pública*, que não existia até então! (Entrevistado 04).

No momento em que surge o CENDRHU, as bases estabelecidas anteriormente foram fundamentais, por que na mudança, para o segundo governo de ACM, as adversidades foram maiores, amenizadas talvez, pelo papel exercido pelo Secretario de Saúde Dr. Jorge Novis.

O secretario possibilitou que um jovem grupo engajado na área de RHS, oriundo das primeiras turmas dos Cursos de Saúde Pública constituísse um alinhamento singular, para que área as políticas setoriais pudessem avançar, com a organização do trabalho e a incorporação de tecnologias nos processos pedagógicos, permitindo consolidar o

⁴⁴ Uma atividade que marcou o trabalho do CENDRHU/ISEB, naquele momento, foi o credenciamento do Programa de Residência em Cirurgia Geral, de Ortopedia e Traumatologia, após alguns ajustes e a elaboração dos Ante-Projetos para Residência Médica nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Psiquiatria, a serem iniciados em 1983. Esses programas juntamente com o de Medicina Social oferecido pela parceria com a UFBA e o INAMPS comporiam o quadro de formação financiada pelo ISEB.

⁴⁵ Um crescimento importante nesse período é mencionado na integração interinstitucional, apontado nos programas de Residência de Medicina Social, Curso de Especialização em Epidemiologia, Curso de Auxilia de Enfermagem e no trabalho da Comissão de Integração Saúde-Ensino, sob execução da SESAB/ISEB/UFBA/INAMPS.

pensamento que defendia, cada vez mais, a centralidade do desenvolvimento dos recursos humanos na instituição.

No entanto, o grupo do CENDRHU, teve que fazer uma gestão técnico-operacional, com componentes de articulação institucional para equilibrar o jogo político estabelecido na secretaria

[...] o secretário era Dr. Jorge Novis que era um professor, era uma pessoa muito entusiasmada com essas idéias que eram novas [...] Mas de qualquer maneira, não tinha muitas vezes condições de levar isso adiante, porque eram barradas [...] o secretário mandava na secretaria [...] Então tínhamos, uma relação boa com o secretário, mas não com todo o outro núcleo da secretaria, com a superintendência de saúde, com a área de administração, com as áreas internas, não era boa. Quer dizer, era socialmente sabe, mas não era institucionalmente, havia boicote ao trabalho [...] (Entrevistado 04).

Portanto, o pensamento mais conservador que predominava no conjunto da secretaria tornou-se um dos grandes obstáculos para os processos de formação de RHS e para os aparelhos formadores (CETRE - CENDRHU) em desenvolvimento.

4.7 Na primeira eleição direta, um governo sem sal... (1983 – 1987)

A distensão política já se processava desde a segunda metade da década de 70, e em 1979 teve seu ápice com a aprovação da Lei de Anistia. Após quinze anos de regime ditatorial, os militares cedem às pressões da opinião pública e o Legislativo aceitou o projeto de anistia proposta pelo governo federal, ainda que parte dos presos e perseguidos políticos não fosse beneficiada.

A superação do regime de exceção se identificava por meio da transição de uma visão política com enfrentamento e violência para um modelo do consenso, acordado em negociações entre os representantes políticos. O rito institucional do consenso propunha trazer convergência para as vozes e condutas em torno da racionalização política, difundindo significações mais ou menos homogêneas dos anos de repressão. Pairava o discurso de que a reabertura política “seria uma necessidade logo que possível”, bastava estabelecer-se, como um processo inevitável, após a recuperação do Estado.

O General Castello Branco é que era o oficial mais representativo disso e também a expressão política e militar em que a UDN tinha maior confiança para presidir a República. [...] Ele tinha

compromissos democráticos, era um homem excepcional. Ele desejava a democracia (José Sarney, depoimento em 18.01.1995, *apud* COUTO, 1999, p.311).

Entretanto, outros discursos foram elaborados para a interpretação daquela conjuntura:

[...] a gente tem que dividir o regime militar entre a intenção dos militares que deram o golpe em 1964 e aquilo que se transformou depois do golpe, a revolução. Por que acho que houve uma deformação. [...] Já não havia mais razão por que justificar a ausência de eleição num país importante como o Brasil no cenário mundial. Também por que as Forças Armadas estavam desgastadas. Os militares já não eram motivo de orgulho. Eram motivo de vergonha (Luiz Inácio Lula da Silva, depoimento em 03.04.1997, *apud* COUTO, 1999, p. 256).

Alguns relatos históricos referem que a escolha feita por Geisel (1979) para a indicação do sucessor General Figueiredo foi justamente por saber que com ele seria mais fácil a transição, pois era aparentemente um retorno ao “castelismo” (DANTAS NETO, 2006).

Eu acho que na concepção de um homem de caserna, se comparado a Médici, ele era um democrata. Não era um democrata como nós somos. Para os padrões militares, com aquela rigidez, com aquela hierarquia, com aquela obediência, ele era um democrata. Fazia valer. O Geisel tava mais perto do Castello (Luiz Inácio Lula da Silva, depoimento em 03.04.1997, *apud* COUTO, 1999, p.258).

A partir de então o movimento nascido em 1983, com a proposta das “*Diretas Já*” e “*Quero votar pra presidente!*”, mobilizou milhões de pessoas em todo país. No final de maio de 1983, Ulysses Guimarães, presidente do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB e Luiz Inácio Lula da Silva, presidente do Partido dos Trabalhadores – PT decidiram realizar campanha pela eleição presidencial direta.

A democracia parecia estar chegando, mas confirmava-se a fantástica capacidade de adaptação dos políticos que tão eficientemente se beneficiavam da transição. Em meados desse ano, o Presidente do Partido Social Democrático - PDS, senador José Sarney, apresentou ao Diretório Nacional do seu Partido a moção de apoio ao Presidente da República, general João Baptista Figueiredo, credenciando-o para comandar o processo sucessório. Este mesmo senador Sarney, em março de 1985, já então

formalmente integrante do PMDB seria eleito vice-presidente na chapa da Aliança Democrática, encabeçada por Tancredo Neves (LEONELLI & OLIVEIRA, 2004).

Se no cenário nacional, o processo de transição para reabertura caminhava de forma acelerada, na Bahia, as cartas continuavam sendo colocadas por um único sujeito político. E mesmo após a morte de Clériston Andrade, em 1982, que era seu candidato a sucessão, ACM conseguiu, escalar de última hora o seu ex-Secretario de Recursos Hídricos e Saneamento, em campanha para o Congresso, e conseguiu elegê-lo pela via direta, sem maiores dificuldades, destituindo as forças que apoiaram a candidatura do ex-governador Roberto Santos.

No entanto, a passagem, de João Durval, pelo governo estadual teria poucas novidades. Desde a apresentação do “Programa de Ação Governamental”, o discurso institucional era de continuidade, ainda que aludindo algumas mudanças. “*O início de um novo período de Governo, mesmo quando eleito sob o signo da continuidade constitui sempre um momento de fixação de novas metas e prioridades*” (BAHIA, 1983, p.8).

A continuidade descrita segundo o governador era um compromisso com a manutenção do processo e o “ritmo de desenvolvimento” econômico-social do Estado, objetivo este que, mesmo na conjuntura de crise que enfrentava a economia nacional, dever-se-ia concretizar, para que se reduzisse a enorme distância que separava a Bahia de outros Estado e Regiões do país, porém grande apatia foi o que se presenciou durante todo o governo.

A proposta era a ampliação da Oferta de Serviços Sociais visando promover a melhoria das condições de vida e a elevação dos níveis de bem-estar da nossa população (BAHIA, 1983). Mas verdadeiramente pouco se efetivou de concreto dos projetos, uma vez que, a crise econômica afetava todo o estado e o Governo tinha pouca capacidade para propor alternativas.

A crise financeira na Previdência Social que já se arrastava desde o início dos anos 80, estava evidente naquele momento. A questão das políticas de saúde nessa primeira metade da década tomaria novos rumos e os enfrentamentos políticos e ideológicos, segundo as contradições observadas na Previdência, principalmente na relação entre capital e trabalho, seria um dos elementos de debate no novo cenário (PAIM, 1986).

Para a crise da Previdência Social, algumas medidas foram apresentadas. O Plano criado pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP,

para “*Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social*”, conhecido como Plano CONASP seria a mais expressiva. Representava a influência das políticas racionalizadoras na organização no âmbito das políticas de saúde no Brasil (PAIM, 1988).

Para entender esse momento de enfrentamento políticos e ideológicos em Relação ao PREV-SAÚDE e ao CONASP é preciso observar a conjuntura que se processa nos anos 80.

A busca de legitimidade do Estado via “discurso democrático-social” se enfrenta com a crise econômica de um lado e com os episódios que culminaram com o “caso Rio-Centro”, de outro. O projeto de abertura política do governo consegue tomar curso, porém contendo os movimentos populares e adotando casuísmos eleitorais no sentido de assegurar a maioria no Colégio Eleitoral que indicaria o novo Presidente da República. Nesse momento de crise fiscal do Estado e de atrelamento da vida econômica do país às regras do FMI, a efetivação de “projetos sociais” encontra seus limites na política de contenção dos gastos públicos (PAIM, 2002, p. 56).

Assim, na Bahia, os investimentos de natureza social com saúde, saneamento básico, moradia, educação, transporte, energia, trabalho, promoção comunitária, tiveram uma participação pequena no volume de recursos públicos aplicados naquela administração, com isso grandes efeitos de mudança no quadro sanitário.

O desenvolvimento das ações de saúde e a expansão da estrutura de saneamento básico, além de maior controle exercício sobre doenças transmissíveis através das campanhas de vacinação em massa e da vacinação rotineira, aparecem somente nos últimos anos do Governo. Assim não se perceberia melhora nos níveis de saúde da população (BAHIA, 1984).

A proposta de modernização da estrutura organizacional previa a racionalização das estruturas de nível central, assim como o estímulo a descentralização executiva, fortalecendo a administração regionalizada, mas de fato, isso não passou de retórica. As estruturas regionais continuaram como moeda de troca no jogo de composição política.

Além disso, havia o estímulo às atividades de capacitação de recursos humanos: melhorar as atividades de formação e de aperfeiçoamento de mão-de-obra do setor quer do nível elementar, quer dos níveis médio e superior; intensificar a articulação do setor estadual de saúde com os organismos formadores da mão-de-obra; promover a adoção de

medidas que objetivem a valorização de mão-de-obra dedicada às atividades de saúde (BAHIA, 1983).

O balanço do governo apontava a ampliação, ainda que pequena, da oferta de serviços de saúde para população pela SESAB/ISEB junto às Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Registrava uma melhoria das ações e dos serviços bem como o treinamento de recursos humanos, com a realização de cursos de especialização e a ampliação do Programa de Residência Médica, com a proposta de articular ações de medicina preventiva e curativa no âmbito da Rede Estadual do sistema ISEB/SESAB que incluía 31 Hospitais Gerais. Todavia, as ações de caráter preventivo deram-se através de projetos nos “moldes campanhistas”, vacinação em massa, controle epidemiológico, juntamente com o saneamento básico.

Na questão dos recursos humanos para o setor saúde, o CENDRHU relatava certa dinamização, a partir do entendimento de que seria essencial a qualificação dos recursos humanos, para prestação de serviços de saúde de melhor qualidade para o usuário do Complexo ISEB/SESAB.⁴⁶

Pouco se avançou na política de saúde implementada pelo Governo dando ênfase às ações preventivas e buscando paralelamente ampliar a capacidade de realizar as ações curativas, demandadas pela população. Com a implantação na Bahia, a partir de 1985, das Ações Integradas de Saúde - AIS, envolvendo a esfera federal, estadual e municipal, retomam-se as bases conceituais do PREV-SAÚDE e do Plano CONASP. Foram construídas novas unidades, além da reforma e recuperação de outras, beneficiando alguns municípios. A inauguração do Hospital Clériston Andrade, em março de 1984 – dotado na primeira etapa de 150 leitos e completamente equipado para atender não só à população feirense como a de 42 municípios de sua área de influência – seria um dos marcos mais importantes da gestão João Durval na saúde.

Nesse período, foram incorporados ao setor saúde, cerca de 1.984 profissionais, médicos e pessoal de apoio. O programa de desenvolvimento de recursos humanos promoveu cursos e estágios de atualização e reciclagem⁴⁷ (BAHIA, 1985). Conforme relatórios de gestão, a Secretaria de Saúde esteve empenhada em ampliar oferta de

⁴⁶ Mesmo com dificuldade conjunturais, decorrentes do período de transição administrativa, merecem destaque, por sua importância, os treinamentos, que beneficiaram servidores distribuídos nas diversas unidades de prestação de serviços da Administração Central e Regional. O Programa de Cirurgia, integrante do Programa de Residência Médica do ISEB, e a capacitação de pessoal com essa formação [elementar] – Atendente de Enfermagem, Atendente Rural, Auxiliar de Saneamento e Executores do Programa de Nutrição e Saúde (PNS) (BAHIA, 1984).

⁴⁷ Vale salientar, o treinamento para atuação no meio rural e em pequenos núcleos urbanos capacitando-os como educadores das normas de saúde para realizarem visitas domiciliares, pequenos curativos, e ainda em casos de doenças infecto-contagiosas, o atendimento inicial (BAHIA, 1985).

serviços de saúde, instituindo a Comissão Interinstitucional de Saúde – INTERSAUDE órgão com a finalidade de promover integração de todas as ações de saúde realizadas pelas diversas instituições ligadas ao setor, entre estas o Programa das AIS e o Projeto NORDESTE.

Há registros sobre a incorporação de novas metodologias aplicadas a capacitação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. O CENDRHU destacou os seguintes resultados: capacitação para o nível elementar (Agentes Auxiliares de Saúde, Agentes de Serviços de Saúde e Curiosas); treinamento para nível médio (Visitadores Sanitários); e atualização para pessoal de nível superior (ofertado para 1.066 profissionais). Desses projetos de formação merecem referência, o curso de “Planejamento, Programação e Orçamento” e o curso de “Formação à Distância” para técnicos em treinamento FUNCEP/ISEB (BAHIA, 1985).

A contribuição para uma formação mais significativa no nível elementar e técnico nesse caso refere-se ao Projeto Larga Escala, criado nacionalmente em 1985. Para cada estado estava previsto um grupo de coordenação, com a função de organizar, acompanhar e avaliar as atividades. Além disso, uma das estratégias do Projeto era a constituição uma rede de Centros Formadores de Recursos Humanos, cujas Unidades seriam reconhecidas pelo sistema educacional (PIRES & ALVES, 2006).

Nesse período, a oposição enfrentada pela CENDRHU do ponto de vista da concepção política, foi agravada pela lógica centralizadora do governo e da secretaria, somada à crise econômica vivida pelo estado, colocando limites claros a projetos para expansão de serviços e assistência a população. Havia os limites impostos diretamente aos processos de formação de recursos humanos, esvaziando a agenda de trabalho desse aparelho formador.

Apesar de algumas iniciativas, o CENDRHU sofreu um esvaziamento político, devido à perda de parte da equipe que vinha constituindo a área de recursos humanos desde a segunda metade da década de 70. As perdas não foram só no grupo dirigente. Um conjunto de técnicos optou por sair devido as dificuldades que se ampliavam, naquele momento, pois não havia nenhum ator privilegiado que pudesse fazer a mediação entre o CENDRHU e a alta divisão da Secretaria.

[...] oitenta e três, oitenta e quatro, no governo tinha um grupo muito forte de pessoas de direita, nas DIRES, e em outros setores, então um dos Diretores chegou a expressar isso, que todo mundo daqui do CENDRHU, ficava resistindo trabalhar com as DIRES por que, sabe que a resistência política é muito grande [...] não havia aceitação do processo educativo, do processo de transformação [...] tentou-se introduzir algumas modificações metodológicas, foi a tentativa, uma proposta diferenciada no sentido de chamar, de convocar os trabalhadores para um posicionamento em relação a esse processo de trabalho, embora não tivesse essa linguagem ainda [...] (Entrevistado 02).

O Centro acabou se tornando uma “ilha”, com a tentativa de transformar as práticas com a inserção de projetos, buscando inovações tecnológicas e metodológicas, além de uma conscientização política para o processo de trabalho. Os rumos só começariam a mudar a partir da realização da VIII conferência Nacional de Saúde (1986), porém já era o final do governo e a nova composição para a área de recursos humanos só seria vista na próxima gestão.

5. SEGUNDO PERÍODO 1987 A 1989: UM “MOMENTO DEMOCRÁTICO” NA POLÍTICA BAIANA

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra*
Carlos Drummond de Andrade

5.1 Um projeto de governo democrático

A transição do autoritarismo para o regime democrático foi sendo realizada de forma gradativa. No plano jurídico, supunha a promulgação da nova Constituição da República, mas no plano político, econômico e social, havia muito a realizar para que a transição se completasse.

A democracia requeria um mínimo de harmonia, integração social e superação das perversas desigualdades no país. Completar a transição era tarefa da “Nova República” em 1985⁴⁸, para a caminhada do povo em busca da sociedade democrática⁴⁹.

A Bahia teve destaque na mobilização pelas *Diretas Já*, pois desde 1983 alguns setores do PMDB promoviam o debate sobre a eleição direta no interior e na capital, e principalmente pela atuação do Comitê Suprapartidário (com o PT, PDT e organizações civis). Além do Relatório preparado pelo deputado estadual Luiz Umberto Pinheiro que chegaria as mãos de Ulysses Guimarães, a sequência de comícios por todo estado⁵⁰ e a

⁴⁸ Com a votação no Congresso, que rejeitou o projeto de eleições diretas para Presidência da República, a disputa no Colégio Eleitoral foi entre Paulo Salim Maluf e Tancredo de Almeida Neves. Após superar riscos e ameaças, atravessando manobras golpistas e continuistas Tancredo foi eleito em 15 de janeiro de 1985 (480 votos contra 180). Completar-se-ia a longa e lenta travessia política da ditadura para a democracia. No entanto, Tancredo não chegaria a assumir, no dia 15 de março de 1985. A menos de dez horas de sua posse, sofre uma cirurgia abdominal, para retirada de um tumor. Cirurgia que ele havia adiado por meses, com receio que houvesse o comprometimento do processo de transição do Governo. Os militares cogitaram a extensão do mandato do Presidente Figueiredo, que também desejava isso, mas que acabou assumindo o compromisso de fazer a passagem do governo. No entanto, na última hora recusou-se a transmitir pessoalmente o cargo ao vice-presidente eleito, Jose Sarney. Deixou o Palácio do Planalto pela saída dos fundos. Foi o final melancólico de 21 anos de regime militar. Sarney foi efetivado em 21 de abril, devido a morte de Tancredo, atribuída a uma infecção generalizada (COUTO, 1999).

⁴⁹ O Plano de Ação Governamental (PAG) e o Programa de Saúde do PMDB, sintetizavam o ideário de mudanças assumido pelo governo na Nova República na área da Saúde. Resgatar a dívida social acumulada nos anos de arbítrio, contribuindo para que a saúde enquanto política social passasse a ter prioridade no âmbito das Políticas Públicas, essa era a principal missão (CORDEIRO, 1988, p. 56).

⁵⁰ Somente nos últimos quatro meses de 1983 já haviam sido realizados 12 comícios no interior da Bahia – Itabuna, Itapetinga, Itaberaba, Jequié, Vitória da Conquista, Juazeiro, Barreiras, Cruz das Almas, Brumado, Caetitê, Guanambi e Ilhéu (COUTO, 1999).

chegada de novos membros ao PMDB⁵¹ reforçaram o movimento pela redemocratização (LEONELLI & OLIVEIRA, 2004).

A queda do conservadorismo sob a pressão das forças progressistas foi possível por conta de alianças políticas – decorrentes do fortalecimento do movimento das *Diretas Já* e o respaldo do Plano Cruzado do Governo Sarney. Com isso, importantes vitórias aconteceram por todo o nordeste. Miguel Arraes venceu Marco Marciel representante histórico das oligárquicas em Pernambuco, além de outros estados como Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. Na Bahia, Waldir Pires impôs uma derrota esmagadora, com 1,6 milhões de votos, a seu adversário Josaphat Marinho, representante do grupo Carlista.

[...] a eleição de Waldir Pires foi para muitos de nós, um fato inovador, foi mobilizador [...] uma lavada de alma digamos assim, porque inúmeras eleições tinham sido vencidas pelo grupo de Antônio Carlos Magalhães. Politicamente eu acho que os progressistas não agüentavam mais, aquela forma de governar [...] o que se reflete muito na própria educação do povo [...] e de muitas gerações que cresceram sem experimentar, sem experienciar o que era democracia! (Entrevistado 01).

A discussão do programa de saúde para o governo estadual aconteceu com lideranças expressivas do movimento sanitário da Bahia junto ao comitê do candidato a deputado estadual Luiz Umberto e nos grupos de estudos da Fundação João Mangabeira, do PMDB. Foi apresentado mediante ato público em outubro de 1986 ao candidato Waldir Pires que, apesar de já ter comandado o Ministério da Previdência e Assistência Social e ter produzido um ciclo de mudanças no sistema de saúde brasileiro através das AIS, não assimilou imediatamente a proposta intitulada, *Mudar a Bahia, mudando a Saúde*.

Ao contrário, questionou o título do documento no sentido de delimitar o espaço da mudança na saúde, restringindo-o a uma dimensão secundária da política global de governo. O pronunciamento do candidato indicava uma concepção de saúde que, se de um lado, era restrita à assistência médico-hospitalar, de outro, supostamente mais abrangente, retrocedia ao discurso “sanitário” da década de 50, ao assumir a saúde como mero subproduto do desenvolvimento sócio-econômico (PAIM, 2002, p. 92).

⁵¹ Entre estes: Roberto Santos (ex-governador), Mario Kertész (ex-prefeito de Salvador) e o próprio Waldir Pires, que se tornaria Governador do Estado, no momento seguinte.

No entanto, seus discursos posteriormente mostraram que o candidato que se elegeu governador, não só acolheu a proposta, mas também a incluiu como capítulo da saúde na *Proposta de um Governo Democrático para Mudar a Bahia*, divulgada em novembro de 1986 (PINHEIRO, 1987; PAIM, 1988).

Em 1987, a Bahia tem um tempo novo de definição e implantação de uma política radicalmente distinta do que vinha sendo imposto durante décadas. O que era notadamente um desafio no setor saúde, tendo em visto, o seu legado histórico deixado pelos governos anteriores⁵². O “Governo Democrático” assumiu o compromisso fundamental com o processo de democratização no Estado. Com isso setores de interesse social, como a educação e saúde foram colocados como eixos centrais na construção de Políticas Públicas. Nesse caso, a Política de Saúde passou a ser desenhada para enfrentar os problemas sanitários que afligiam a população e influenciar na produção e distribuição de bens e serviços de saúde.

Como resultado do processo de acúmulo de legitimidade conferida pelo governo e reconhecida pela sociedade, a Secretaria de Saúde, conseguiu implementar algumas políticas que foram fortalecidas com conquista do convênio do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS. Todavia, implementar projetos sem recursos e ainda tendo que enfrentar a inércia burocrática, o clientelismo político e a omissão ou sabotagem de dirigentes dos órgãos executores da política, era um desafio e logo nos primeiros seis meses de governo ficou evidente que havia um fosso entre as decisões e prioridades do Secretário da Saúde, encaminhadas pela equipe no nível central, e as ações implementadas pelas Diretorias Regionais de Saúde - Dires e unidades locais. (PAIM, 2002, p. 95). Para agravar ainda mais a situação outro fato ficava evidente,

Além da lentidão da burocracia, dos métodos obsoletos de gestão, da centralização de procedimentos, ocorria, objetivamente, problemas de condução desastrosa, uma situação esdrúxula em que um governo novo se instalava, mas quem governava eram quadros do governo passado (PAIM, 2002, p. 95).

Enquanto alguns questionamentos existiam desde 1986 sobre as AIS e se estas ampliariam o processo da Reforma Sanitária no Brasil, em 1987 ficava evidente que os

⁵² Tentando responder a este desafio, a Secretaria da Saúde gerou muitos fatos políticos. Iniciou um processo de democratização interna garantindo a participação popular organizada; estruturou o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde; interagiu positivamente com a opinião pública através da imprensa; melhorou significativamente a remuneração dos servidores; passou a recuperar a reequipar dezenas de unidades de saúde (PAIM, 2002, p. 96).

problemas no processo de construção da Reforma seriam decorrentes da transição e do alinhamento entre a esfera federal e estadual que se processavam por conta do SUDS e da sua lógica convencional estabelecida.

Para além, das críticas que se processavam aos tecnocratas⁵³ nos aparelhos de Estado, foi importante observar o jogo de poder maior que acontecia entre os representantes políticos dos governos (PAIM, 1989).

Para o Ministério da Saúde o processo de construção das AIS já era decorrente de marcos construído com o PREV-SAÚDE e estava apoiada na nova base de cooperação que estabeleceu-se entre OPAS-Brasil durante a primeira metade da década de 80: 1) Pessoal de Saúde (1985); 2) Ciência e Tecnologia em Saúde (1983); e 3) Sistemas de Serviços de Saúde (1984). Ainda que estes novos componentes representassem desdobramentos importantes da matriz original da cooperação, os temas e ações referentes ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde permaneceram como os mais importantes.

[...] o nome genérico Pessoal de Saúde, [...] reunia sete projetos/atividades distintas: 1) Desenvolvimento de recursos humanos para as Ações Integradas em Saúde; 2) o Projeto Larga Escala, sob denominação oficial Formação de Pessoal Auxiliar em Serviço; 3) Treinamento em áreas prioritárias; 4) Educação Continuada; 5) Educação superior em saúde; 6) Modernização administrativa de pessoal; e 7) Estudos sobre pessoal de saúde (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 91).

Na saúde, alguns projetos se alinham nesse momento, vindos da ampla mobilização e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da atuação do Movimento Sanitário, do INAMPS/MPAS, sob a gestão de Hésio de Albuquerque Cordeiro (1985 – 1988) e de sua nova proposta de reestruturação da assistência médica e previdenciária, e da Cooperação Técnica entre a OPAS-Brasil, que também estava alinhado aos fundamentos da Reforma Sanitária brasileira.

Do Relatório da VIII CNS identificam-se os princípios orientadores para a gestão e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, no âmbito do que seria o Sistema Único de Saúde – SUS:

⁵³ Inúmeros decretos do governo foram assinados a pretexto da contenção de gastos, da moralização e da reforma administrativa, causando, porém, sérios transtornos na administração da SESAB. A exemplo, da intempestiva anulação de contratos dos prestadores de serviços como forma de correção de distorções deixadas pelo governo anterior que implicou, imediatamente, em grande tumulto no funcionamento dos hospitais pelas alterações na equipes de plantões (PAIM, 2002, p. 96).

[...] 1) remuneração condigna e isonômica; 2) uma formação integrada ao sistema de saúde, assim como a capacitação permanente de pessoal; 3) realização de concurso público como meio de ingresso e a estabilidade no emprego e a dedicação exclusiva como meio de regimes preferenciais; 4) a composição da multiprofissionalidade das equipes de saúde, considerando o quadro epidemiológico das regiões e os padrões mínimos de cobertura a serem atingidos; 5) o exercício do direito de greve e de sindicalização; 6) a inclusão nos conteúdos dos processos de formação e capacitação de denominadas práticas terapêuticas alternativas; e 7) incorporação dos agentes populares de saúde como categoria formal e remunerada de trabalhadores, principalmente para realização de atividades de educação para a saúde e cuidados primários (BRASIL, 1986, p. 11-12).

Considerando a transição das características do SUDS e seu caminho ao Sistema Único de Saúde – SUS, na Bahia, os principais processos ocorreram em três áreas: 1) desenvolvimento de infra-estrutura de recursos – que foram fundamentais para recuperação, expansão e adequação da rede⁵⁴, além de terem sido aplicados na aquisição de equipamentos, medicamentos e material de consumo; 2) desenvolvimento político-gereencial – as ações para democratizar relação com sociedade civil, através da programação estadual e a gestão e controle das atividades de saúde do governo; e 3) reorganização do modelo assistencial – tendo por referência os princípios da Reforma Sanitária: universalização, equidade, integralidade, participação e impacto epidemiológico (centrado em duas iniciativas – implantação dos distritos sanitários e a normatização da assistência integral à saúde) (PINHEIRO, 1987; PAIM, 1988).

Desde a VIII CNS, observava-se que era necessário formular alternativas concretas que afetassem diretamente a atuação dos recursos humanos e as condições de assistência prestada a população. A estratégia-ponte apresentada por Paim (2002), com destaque naquele momento conjuntural, eram as AIS, por conta dos princípios que representavam⁵⁵.

As mudanças de propósito e métodos de governo apresentavam-se na construção da Reforma Sanitária. A busca era por tornar a saúde um direito de todos e dever do Estado introduzindo formas organizativas, que visassem à assistência a saúde universal,

⁵⁴ Nos dois primeiros anos de governo, 309 obras foram realizadas, sendo 213 de recuperação e 96 de construção, ampliando a oferta de 1079 novos leitos hospitalares existentes em março de 1987 (3950 leitos) (PAIM, 2002, p. 81)

⁵⁵ Os motivos para a orientação dessa estratégia eram decorrentes: princípios e objetivos consistentes com os de movimentação de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e implementação das políticas de saúde (PAIM, 2002, p. 65).

completa, integral e igualitária, bem como a participação popular organizada no processo decisório do setor (PAIM, 1989).

O desenvolvimento da Reforma Sanitária na Bahia passava pela atenção aos 10 princípios da mudança, contidos no documento “*Proposta de um Governo Democrático para Mudar a Bahia*”, pelo resgate da credibilidade dos serviços públicos de saúde e pela permanente mobilização das forças sociais que apostavam na democracia, na conquista da cidadania e na melhoria da situação da saúde da população (PINHEIRO, 1987; BAHIA, 1987).

O foco estava na construção de outra forma de governar, traduzida na proposição de democratizar a programação, a gestão e o controle das atividades de saúde do Governo, abrindo canais de participação à comunidade e incluindo os trabalhadores da saúde na organização e administração dos serviços de saúde (BAHIA, 1987, p.129).

A implantação da Reforma Sanitária na Bahia era uma proposição fortalecida desde o início do governo, com a reativação da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, responsável pelo desenvolvimento das AIS, coordenada pelo Secretário de Saúde e composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência e da Educação. Com isso, foi assinado, o protocolo de intenções para constituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde do Estado da Bahia - SUDS-BA no início do governo. No processo de mobilização democrática a CIS ajudaria na criação pioneira do Conselho Estadual de Saúde - CES⁵⁶.

Em dezembro de 1987, a Bahia organizou sua I Conferência Estadual de Saúde - CONFERES, contando com a participação de 700 pessoas, representantes das entidades de saúde, centrais sindicais e associações comunitárias. O relatório da conferência ressalta o propósito de ampliar o processo de democratização da saúde no sentido de defender e avançar o projeto da Reforma Sanitária, de acordo com os princípios e proposições da VIII CNS (BAHIA, 1987).

O planejamento de saúde envolveu representantes dos então 367 municípios do Estado, entre prefeitos, vereadores, profissionais de saúde, associações de moradores e partidos políticos. Eles participaram de oficinas nas 27 regiões do Estado, discutindo os

⁵⁶ Composição do Conselho - *Representantes do Estado*: Secretário de Saúde (Presidente); Superintendente Regional do INAMPS; Reitor da UFBA; Diretor Regional da SUCAM; Diretor Regional da FSESP; Secretário de Planejamento, Ciência e Tecnologia; Secretário do Trabalho; Representante da União dos Prefeitos; Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa; Delegado Regional do Trabalho; Procurador Geral do Estado; Secretário de Educação; Secretário de Administração; Secretário de Desenvolvimento Urbano; Diretor da Fundacentro. *Representantes da Sociedade Civil*: 1 representante da CGT; 1 representante da CUT; 3 representantes de associações de moradores; 2 representantes da Pastoral da Saúde; representantes dos trabalhadores de saúde, sendo 2 de nível superior e 2 de nível médio ou elementar; 1 representante dos prestadores filantrópicos, e representantes privados de serviços de saúde (BAHIA, 1987).

problemas de saúde e definindo as medidas prioritárias para formulação do “1º Plano Estadual de Saúde da Bahia” (1988-1991), ao tempo, que se organizava também a Programação Orçamentação Integrada - POI-88 (BAHIA, 1987).

A partir dessa experiência, tentou-se organizar a prática de planejamento na SESAB, elaborando os Planos Trimestrais de Trabalho e seu consolidado no Plano Operativo Trimestral, articulados ao Plano Trimestral de Aplicação. Concomitantemente, implantou-se a informatização do Centro de Informações de Saúde – CIS que, através de trabalho articulado com a Assessoria de Planejamento – ASPLAN, da SESAB, ajudaria a selecionar os indicadores de acompanhamento e avaliação do I Plano Estadual de Saúde (PAIM, 1989).

De forma pioneira o estado realizou ações visando a Reforma Sanitária, com destaque para a instalação dos Distritos Sanitários⁵⁷ – espaços geodemográficos com oferta de serviços integrando ações preventivas e curativas, bem como, internação em quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, toco-ginecologia e cirurgia). Essa proposta de Distrito Sanitário no SUDS-BA configurava quatro eixos: novos modelos assistenciais, novos modelos de organização dos serviços, novos modelos de gestão e novos modelos de planejamento, estruturando as ações com o compromisso atender as necessidades de saúde (BAHIA, 1987).

A distritalização foi concebida desde o início do governo como tática privilegiada no sentido de fazer chegar à ponta do sistema o projeto da Reforma Sanitária, especialmente no que se refere à assistência integral à saúde e à preocupação com o impacto epidemiológico. Para tanto se fez necessário a experimentação de um modelo de gestão centrado na figura do gerente do distrito sanitário e na instalação da Comissão Executiva do Distrito Sanitário [...] (PAIM, 2002, p. 84).

Na análise das mensagens e relatórios de gestão destacaram-se dificuldades financeiras e um esforço no sentido de garantir recursos do Tesouro Estadual para a Secretaria de Saúde. Registrou uma ampliação de 4,7% (1985) para 8% (1988) da participação da saúde no orçamento estadual. Além disso, outras parcerias e recursos adicionais, tantos federais como externos, incrementaram os recursos do setor saúde (BAHIA, 1988). Ressaltava-se o resgate do caráter prioritário da assistência a saúde através da ampliação da assistência hospitalar, ambulatorial, campanhas de vacinação,

⁵⁷ Foram organizados inicialmente 8 distritos sanitários sendo: 3 em Salvador (3), 1 em Camaçari e 4 no Interior do estado (Mundo Novo, Vitória da Conquista, Jequié e Itabuna).

desenvolvimento de programas nas áreas de saúde mental, saúde ocupacional, odontologia, entre outras.

O Relatório de Gestão de 1987 refere que desde os primeiros momentos do governo foram tomadas iniciativas que privilegiavam o diálogo com diversos segmentos da sociedade. Ainda como processo de transformação e modernização da administração foram efetivadas quatro grandes medidas para a nova política de recursos humanos:

Em primeiro lugar, destaca-se a equiparação da remuneração dos servidores da Secretaria de Saúde com a dos servidores do INAMPS, o que permitiu dobrar, a partir do mês de junho, os rendimentos do conjunto de funcionários; Em segundo lugar, deve-se ressaltar o preparo do concurso a ser realizado no início de 1988; Em terceiro lugar, registra-se o amplo clima de liberdade de reunião nos locais de trabalho, bem como o permanente diálogo com as entidades de saúde; Finalmente, é válido ressaltar o elenco de atividades visando à melhoria da qualificação dos recursos humanos (BAHIA, 1988, p. 11).

O mesmo Relatório mostra inúmeras realizações e o esforço para melhora da SESAB, indicando a Secretaria como o melhor desempenho do governo. Aponta, porém, que alguns problemas persistiam,

[...] não foi melhorado significativamente o atendimento dos pacientes; havia interrupções no fluxo de suprimento financeiro, de material de consumo e de medicamentos para as unidades; continuaram as dificuldades na recuperação e manutenção de equipamentos; e não se institucionalizou, convenientemente, o acompanhamento de programas, atividades e ações através da supervisão, do controle e da avaliação (PAIM, 2002, p. 98).

Assinalava-se que a situação encontrada no início da gestão na Secretaria de Saúde era muito grave e complexa⁵⁸, já identificada no diagnóstico realizado durante a transição. Desde o período eleitoral discutia-se a escassez de recursos financeiros para saúde e a deterioração da rede pública de serviços, agravando a persistência de doenças e mortes evitáveis.

Mesmo diante da situação encontrada, a vontade política para mudança manteve-se como princípio norteador e os compromissos de governo foram demonstrados no “*Programa dos 100 dias*”, ampliando o esforço de execução das ações de saúde. A implantação do SUDS, mesmo com as dificuldades sinalizadas, promoveu alterações

⁵⁸ O saneamento das contas públicas estaduais foi uma das primeiras etapas e seguiu como pressuposto para o cumprimento dos compromissos do Governo, resultando assim, o esforço de adequar os gastos públicos à efetiva capacidade tributária do Estado. Com isso foi possível pagar todos os compromissos assumidos pelo Governo (BAHIA, 1988).

administrativas, principalmente com a movimentação dos recursos públicos, focando a reorganização da rede e das formas de fazer administração, inclusive permitindo institucionalizar dispositivos técnicos e contábeis no planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde.

Esse novo momento de gestão foi marcado pela recuperação da rede física, hospitais, centros, postos de saúde e o desenvolvimento da capacidade gerencial, acompanhados de esforços para a mudança da cultura institucional, traduzidas na superação da inércia burocrática, das resistências corporativas e do clientelismo político (BAHIA, 1987).

O novo modelo de governar buscava a institucionalização do planejamento, enquanto instrumento democratizante para as políticas de saúde e o esforço político-social traduzia-se na participação popular na organização de espaços colegiados, bem como a ação de mudança dos métodos para o atendimento de um propósito de Governar que enfatizava a Democracia, a equidade e a cidadania.

As Mensagens do Governo reiteravam como prioridade combater o tradicional clientelismo político e a corrupção, construindo práticas administrativas com verdadeiros princípios democráticos no sentido de elevar os esforços e melhorar as condições de vida do povo baiano, principalmente das camadas mais pobres (BAHIA, 1988). Dessa maneira, atuando para dotar o Estado de uma formação democrática consagrada em dispositivo constitucional, com o preceito de constatar que os princípios estabelecidos pelo “Governo Democrático” – austeridade, transparência e participação – consolidavam as normas básicas do serviço público estadual e eram norteadoras de toda a concepção de gestão.

As dificuldades encontradas eram de natureza diversa: desde a falta de pagamento de pessoal da Administração Descentralizada, de insumos e de equipamentos, até a ausência de programação das liberações de recursos e prevalecendo os critérios políticos sobre os técnicos.

Para as mudanças em curso no setor saúde, principalmente a implantação do SUDS, dois grandes obstáculos foram identificados: “1) a saída de Hésio de Albuquerque Cordeiro da Presidência do INAMPS⁵⁹ e 2) a inexistência de fontes estáveis de

⁵⁹ O INAMPS também era um aliado na construção da Política de Recursos Humanos, e atuou, entre 1985 e 1987, visando a dois processos: 1) elaboração de um Plano de Carreiras que estivesse totalmente integrado à nova estrutura proposta – das AIS e do SUDS – que se baseava na ascensão por mérito e pela estruturação de carreiras específicas para o pessoal da área político-administrativa e de serviços de saúde; 2) a estruturação de um amplo programa nacional de treinamento, reciclagem e educação continuada, que contempla-se desde os profissionais do nível médio até aqueles que por atuarem em áreas de ponta na prática médica, necessitem de

financiamento” (PAIM, 2002, p. 74). O primeiro pelo papel técnico-político exercido como presidente na articulação e defesa do projeto que apontava na direção ao SUS, já o segundo pela implicação direta no equilíbrio financeiro dos compromissos assumidos pelos estados.

O governo manteve o esforço para ultrapassar outros obstáculos, e para consolidar os chamados *Princípios da Mudança*: Liberdade. Transparência e Verdade. Trabalho. Participação. Valorização Social. Independência e Integração. Justiça. Desenvolvimento e Regionalização. Eles deveriam estar impregnados em todas as atividades administrativas, e assim, constituírem-se, solidamente, “para que se tornassem irreversíveis, para que sua adoção fosse não mais uma opção de governantes, mas um patrimônio conquistado pelos cidadãos, incorporando aos valores da vida social, intransferíveis, inegociáveis” (BAHIA, 1988).

O governador certa vez afirmou que sua gestão produziu avanços significativos na melhoria dos serviços de saúde com a implantação do SUDS. Esta “estratégia-ponte” (PAIM, 2002) permitiu integrar, equipamentos, recursos humanos, técnicos e financiamento dos governos federal, estadual e municipais, ampliando a eficiência na assistência a população. No texto “*Um ano e meio que valeu por dois Governos*”⁶⁰ verifica-se um destaque para o concurso público realizado com a participação de mais de 40 mil candidatos, onde foram classificados 15.849 dos quais quatro mil foram contratos imediatamente para preencher vagas abertas (BAHIA, 1988).

Todo esse trabalho realizado na área da saúde pelo Governo Democrático estava integrando à estratégia geral de “resgate da dívida social”, estabelecida no Plano Estratégico de Ação 1988/91, cujas diretrizes e metas integram o 1º Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia. A execução desse Plano foi prevista através de Planos Operativos Trimestrais que permitiriam o controle, acompanhamento e avaliação dos resultados.

Durante o primeiro momento do governo, na SESAB, devido à extinção do ISEB e a reforma administrativa, foi estabelecida uma estrutura de transição pelo prazo de 180 dias para que se processasse a unificação das estruturas do INAMPS com as da SESAB.

aperfeiçoamento no exterior. Tinha como Diretor de Modernização Administrativa e Desenvolvimento de Recursos Humanos, José Paranaçu, que vinha da Organização Panamericana de Saúde (CORDEIRO, 1988, p. 59).

⁶⁰ Ao fazer um balanço dos primeiros 18 meses da gestão – Governo Democrático – registrou-se na área da saúde 141 obras executadas e concluídas, algumas que se prolongavam desde 1982, como o Hospital Geral de Camaçari. A recuperação da rede pública foi realizada com a recuperação de unidades como Hospital Getúlio Vargas (Pronto Socorro) e outras 76 obras em fase de projeto e licitação com ampliação de 300 leitos oferecidos a população (BAHIA, 1988).

Nesse sentido foram organizados 8 grupos executivos por área-problema de gestão SESAB/INAMPS, com o respaldo e a organização do novo regimento aprovado no final de 1988⁶¹ (PAIM, 1989).

5.2 A “criação” de um novo Núcleo e a subordinação à “Gestão Sistêmica”

No início do governo Waldir Pires deflagra-se um novo processo de reestruturação administrativa e organizacional que repercutiu sobre a Secretaria de Saúde. Algumas estruturas deixaram de existir. Apesar dos cargos preenchidos, as funções dos novos atores ainda estavam sendo definidas. Observou-se um movimento de convergência em direção às Secretarias, “ditas sistêmicas” (Planejamento, Fazenda e Administração).

O processo de centralização ficou mais evidente com a extinção do ISEB, como refere Paim (2002, p. 97): *uma secretaria que dispõe de 1500 unidades num estado com dimensões da Bahia e depara-se, periodicamente com situações de epidemias e calamidades, a requerer viagens de supervisão que implicam transporte e diárias, não pode ficar à mercê da boa vontade de burocratas de outras Secretarias.*

O processo decisório na Secretaria de Saúde, também ficou engessado,

[...] seu orçamento era definido pela Secretaria de Planejamento, a gestão financeira pela Secretaria da Fazenda, a administração de pessoal, aquisição de veículos e outros materiais pela Secretaria de Administração, a capacitação de recursos humanos pela Fundação para o Desenvolvimento do Servidor Público (FUNDESP), a informatização pelo Centro Estadual de Desenvolvimento da Informática Pública (CEDIP), a publicidade pela Coordenação de Comunicação Social, as informações de saúde pelo Centro Estadual de Informações (CEI) e, assim, sucessivamente (PAIM, 2002, p. 97).

Para agravar a situação, no caso da área de recursos humanos, a FUNDESP estava sendo constituída, sob a responsabilidade da Secretaria de Administração do Estado da Bahia – SAEB. Não tinha equipe, nem papéis definidos e, principalmente, não estava

⁶¹ A Lei nº 4.697 de 15 de julho de 1987 da Bahia - Extingue o ISEB e incorpora suas funções a SESAB e o Decreto nº 1.898, de 07.11.88 - Aprova o Regimento da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. (1) Gabinete do Secretário; 2) Assessor de Planejamento; 3) Centro de Informação de Saúde; 4) Diretoria de Serviços de Saúde; 5) Superintendência de Saúde; 6) Serviço de Vigilância Sanitária; 7) Inspeção Setorial de Finanças; 8) Superintendência Administrativa; 9) Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos.

claro quais fluxos seriam estabelecidos. Era o movimento de unificação de muitas funções. Isso foi atribuído em parte ao pensamento do novo governador, que voltava ao país após longo período na Europa:

[...] Waldir Pires acabava de voltar do exílio na França. Seu comportamento tinha aquela história da elegância, do compartilhamento, da conversa, [...] mas certas coisas a gente já dizia que não iria dar certo, pelo menos naquela Fundação. Essa Fundação, que ele criou onde os órgãos de recursos humanos deveriam trabalhar, [...] como eram os órgãos de planejamento que eram sistêmicos em relação à SEPLANTEC [...] ele criou a Fundação, dos órgãos de recursos humanos, e criou um sistema de recursos humanos vinculado diretamente a essa Fundação (Entrevistado 01).

[...] no Governo Waldir Pires fui convidada para ser diretora do órgão de Recursos Humanos, que era uma Diretoria que a gente pode chamar de “Virtual”, porque nas mudanças de estruturas administrativas nesse período, a proposta era reformular a área de RH. Então nesse primeiro momento a diretoria foi extinta, deixou de existir [...] eu era de certa forma uma diretora, quer dizer tinha o cargo e tudo, mas não existia a estrutura formalmente (Entrevistado 04).

Os cargos de diretor de recursos humanos deixaram de ser das secretarias e passaram a ser cargos da Fundação, tal como os assessores de planejamento da ASPLAN - que eram cargos ligados a Secretaria de Planejamento, compondo um “sistema”.

[...] havia grandes quadros de pensadores de esquerda do governo de Waldir, era um quadro sólido, de estudiosos, mas eles eram cepalinos também. Vinham da Bahia de um instituto, onde eles se formavam. Eles eram muito aliados ao grupo que nos apoiou no período anterior [Governo ACM], [...] eles tinham um pensamento de macro-política, e de política de planejamento, eu acredito que muito influenciado pela visão sistêmica da qual eles se identificavam muito, [...] entre eles estavam o pensamento do Gabriel Nery, do Trípoli Gaudenzi, do Edson Diniz Gonçalves, eles trabalhavam muito com a visão sistêmica [...] (Entrevistado 01).

O governo passou a induzir políticas para aumentar a qualidade dos órgãos como um todo. A área de recursos humanos de grande parte dos órgãos das secretarias do estado era restrita, a exemplo da Secretaria de Transporte e de Agricultura. Já outros maiores tinham suas próprias lógicas de funcionamento, como era o caso da SESAB e da Escola Fazendária.

No contexto nacional, após a VIII CNS, em 1986, aconteceria a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, com o tema “Política de Recursos Humanos para Reforma Sanitária” promovido pelos Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social e pela OPAS⁶². Os grandes eixos da conferência foram: 1) a valorização do profissional de saúde; 2) a preparação de Recursos Humanos; 3) as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; 4) a organização dos trabalhadores; e 5) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (BRASIL, 1986, p. 11-12).

Dessa conferência desdobrou-se para os estados uma agenda de trabalho que conciliava os preceitos da Reforma Sanitária e a políticas em curso – AIS/SUDS - para a institucionalização do Sistema Único de Saúde e seus princípios, mas principalmente pela construção de outras bases sócio-políticas para sociedade.

Nesse contexto, a política de recursos humanos implementada pelo Governo Federal era apoiada de um lado no INAMPS/MPAS e do outro no próprio Ministério da Saúde e na Cooperação OPAS-Brasil. Do primeiro seria originária a política, que contou com a reformulação organizacional do Instituto, que desenvolveu um Sistema de Recursos Humanos; o processo de descentralização administrativa, envolvendo até mesmo recursos orçamentários; a criação do Departamento de Desenvolvimento e Modernização de Recursos Humanos, inclusive nas Superintendências Regionais; e a criação dos Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio.

A partir do Ministério da Saúde, na Cooperação OPAS-Brasil, promoveu-se a criação e o fortalecimento de instituições de ensino e pesquisa, de núcleos de saúde coletiva (que compartilhavam siglas como NESCE, NESCON, NESP) que ajudavam a conformar junto com representantes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, egressos de cursos descentralizados, uma rede social envolvida no Movimento da Reforma Sanitária nos estados.

E como tais, ao lado das *Escolas de Saúde Pública*, constituiriam bases acadêmicas a serem mobilizadas para a reformulação e implementação de políticas e programas também no âmbito dos recursos humanos em saúde. Foram também fundamentais quando se tratou de viabilizar qualquer processo de descentralização neste

⁶² O evento foi coordenado, por delegação da CIPLAN, por uma comissão constituída por Ana Rosa Bogliolo e Maria Regina Vergueiro, indicadas pelo MEC; Izabel dos Santos e Roberto Passos, pela OPAS; José Paranaguá pelo INAMPS/MPAS; Paulo Buss, pela ENSP/FIOCRUZ; e Tania Celeste Nunes, pelo Ministério da Saúde, que também presidiu a comissão por ocupar o posto de Secretária de Recursos Humanos deste ministério (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 100).

domínio, tanto no que concerne a gestão, como ao preparo de pessoal da saúde (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p.103).

Na Bahia, a reforma administrativa no governo e em decorrência, também, do convênio estabelecido entre a SESAB e o INAMPS para implantação do SUDS - que a princípio teve impacto sobre o processo de remuneração dos servidores da secretaria – contribuiria na Política de Recursos Humanos para a composição de novas bases tanto técnicas como políticas.

Dessa forma CENDRHU passou a ser denominado Núcleo de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos, conforme a Decreto nº 1.898, de 07 de novembro de 1988. Esse Núcleo teve as suas funções progressivamente ampliadas visando ao atendimento das novas políticas de unificação dos serviços de saúde.

Com esse órgão ficava também a responsabilidade da promoção de eventos, como os seminários de Reforma Sanitária na Assistência, ligados ao desenvolvimento da organização da produção de serviços e do novo “*Modelo Assistencial*”. Além disso, cabia à coordenação de projetos como implantação dos Distritos Docentes-Assistencial, envolvendo as Universidades.

Uma função constituída para o Núcleo a partir do processo de descentralização da formação, seria apoiar a Reforma Sanitária, vislumbrando superar obstáculos como a imobilidade político-administrativa, em unidades sob gestão federal, como as do INAMPS. Ficaria então a cargo do NDRH a função de coordenar no estado, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da UFBA, o Curso de Aperfeiçoamento de Recursos Humanos – CADRHU⁶³.

A recomposição dos quadros da área de recursos humanos na saúde foi um dos processos conduzidos pelo então Secretário Estadual que tentava trazer profissionais que estavam atuando na área de recursos humanos em estruturas como Ministério da Saúde e da OPAS. O CENDRHU tinha dificuldades decorrentes do processo de esvaziamento, porém era necessário trazer novos profissionais para o Núcleo que estava sendo constituído.

⁶³ O CADRHU compreendia um total de 225 horas/anual, correspondendo às exigências para um curso de atualização. Estava voltado para os quadros técnico - gerenciais, que tinham sob sua responsabilidade a condução dos processos institucionais na área de desenvolvimento de recursos humanos. Sua estrutura estava baseada em cinco eixos: 1) política de saúde e recursos humanos, discutindo a inserção dos recursos humanos na reforma sanitária brasileira; 2) força de trabalho em saúde, relativo à composição, distribuição e usos do trabalho em saúde; 3) preparação de pessoal, em especial das suas estratégias e métodos pedagógicos; 4) administração de pessoal, concernente aos temas da administração burocrática do pessoal da saúde, principalmente no âmbito da administração pública; e 5) planejamento de recursos humanos, dando conta de concepções, métodos e técnicas para a programação de recursos humanos (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p.106-107).

[...] Luiz Umberto Pinheiro que era o secretário, disse que havia falado com Dr. Waldir que levaria alguns filhos da Bahia, para casa de novo (Entrevistado 01).

Nesse momento, tomavam força na Bahia alguns projetos que vinham sendo realizados pelo Ministério e pela OPAS para formação de pessoal de nível médio,

[...] a questão da profissionalização, em alta escala, surge aí: os primeiros movimentos no sentido do Projeto Larga Escala, com Isabel Santos [...] e daí nós chegamos aqui, discutindo essa questão, batendo em toda reunião, que a gente precisava, profissionalizar os trabalhadores [...] (Entrevistado 02).

Entretanto, os documentos e entrevistas apontam algumas adversidades no primeiro ano em diferentes áreas do governo. No caso da Secretaria de Saúde as dificuldades se deram por conta das inabilidades na articulação de áreas - meio, com os propósitos mais gerais do governo. Para o setor de recursos humanos o choque estava no processo de convergência e no descompasso entre os projetos do NDRH e a FUNDESP:

[...] a própria Secretaria de Administração era muito reativa, como é em todo lugar, continua sendo. As propostas da saúde são sempre baseadas numa política pública, na vontade dos trabalhadores, na organização dos trabalhadores, no controle social e a gente sempre leva tudo justificado por aí. E ai eles diziam que a gente queria ser diferente dos outros. Mas saltava aos olhos que a saúde era diferente (Entrevistado 01).

Na área de saúde, a questão da formação e dos recursos humanos já possuía uma organização que vinha sendo desenvolvida ao longo dos anos que fazia com que a SESAB tivesse um processo mais organizado. Com isso, a tentativa da Secretaria de Administração de promover outra orientação chocava-se com a análise feita pela equipe que dirigia a área de RHS na SESAB. Os processos de centralização eram tão graves que afetava inclusive estruturas já consolidadas,

O furor de centralização do “Governo Democrático” chegou ao cumulo de proibir qualquer publicação das Secretarias de Estado se não fosse autorizada pela Comissão Estadual de Publicações Oficiais – CEP, após examinar o número de páginas, o tipo de papel, os preço, as cores, o plano de distribuição etc. Para ser publicado um numero da Revista Baiana de Saúde Pública, periódico com 15 anos de circulação nacional, foi preciso uma autorização assinada pelo Governador, fundamentada numa exposição de motivos do Secretario de Saúde (PAIM, 2002, p. 97).

As tentativas de organizar o processo de forma sistêmica esbarravam em dificuldades administrativas e de concepção política. Alguns núcleos dentro do governo começavam a provocar divergências:

[...] Então eu já cheguei no segundo ano do governo. Lembro-me que Eugênio Villaça ia mais a Bahia e ele me fez uma carta [...] insistindo para eu ficar na OPAS. Falando das minhas qualidades, e que aquele era um lugar interessante, que eu tinha atributos pessoais e experiência [...] e porque ele sentia que o governo da Bahia estava com muitos problemas. [...] Mas você veja que um agente externo, que acompanhava de alguma forma alguns movimentos de cooperação, e um cara histórico, porque ele tinha já participado de outros ciclos, de organização de políticas da Bahia, ele me advertiu sobre isso, mas eu tava com tanta vontade de voltar para a minha terra e viver aquela experiência [...] (Entrevistado 01).

Com o processo de transição na unificação da SESAB/INAMPS e a reestruturação administrativa os registros apontam que nos dois primeiros anos a área de recursos humanos não se estruturou formalmente, e assim, enfrentou dificuldades, tanto nas relações externas, como internas. Não havia um levantamento, nem registro recente da distribuição dos profissionais, a informatização era insuficiente, além de uma mobilidade muito grande e muito informal. O final do período de Waldir Pires como governador não registrou grandes mudanças para área de recursos humanos. De um lado porque os problemas identificados no âmbito político e gerencial foram abordados como questões internas da Secretaria de Saúde, com isso, tratados de forma pontual e não como elementos sistêmicos do governo (PAIM, 1989). De outro, decorrentes possivelmente do processo de centralização “exagerada” do governo, o que causou ao grupo de recursos humanos inúmeras dificuldades, inclusive com a suspensão parcial das atividades.

[...] cabe destacar a área de desenvolvimento de recursos humanos, com a realização de quase uma centena de eventos só em 1988, envolvendo mais de 5000 treinandos. Apesar desse elenco de medidas, não se logrou o apoio necessário do conjunto dos trabalhadores da saúde para desenvolvimento do SUDS ou mesmo para a melhoria do funcionamento dos serviços públicos, o que representa um obstáculo não superado para concretização de princípios da Reforma Sanitária (PAIM, 2002, p.82).

Não obstante a persistência de dificuldades políticas e administrativas, foram registrados avanços no processo de democratização da saúde, fortalecendo a cidadania e possibilitando saldos organizativos entre os segmentos populares.

5.3 Um governo com sal “branco e barato” (1989 a 1990)⁶⁴

Após renúncia de Waldir Pires, seu vice assumiu com o discurso de continuar os avanços construídos em diversas áreas. Afirmava governar para toda a Bahia, porém, seu curto governo foi marcado por ações que valorizaram o interior do Estado - onde tinha sua base. Para os moradores da capital, maior colégio eleitoral da Bahia, a figura do Governador era tido como de pouca expressão e sua administração mal avaliada (BATALHA *et al*, 1990).

Na saúde, o governo tentou continuar os projetos começados em 1987, priorizando ações de recuperação e ampliação da rede física, apesar das dificuldades resultantes das constantes alterações no Plano de Aplicação de Recursos do SUDS-BA, determinadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Para os Recursos Humanos as dificuldades na coordenação exercida FUNDESP, subordinada a Secretaria de Administração e responsável pelo fomento, coordenação e execução das políticas e medidas de desenvolvimento de recursos humanos, voltadas para valorização e profissionalização do servidor público, ficavam cada vez mais evidentes.

Algumas ações pontuais foram realizadas com os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos, instalados em cada Secretaria de Estado, envolvendo levantamento de atividades de estagiários de 2º e 3º grau na administração pública, pesquisa de recursos humanos na administração pública, programação de ensino supletivo para o servidor público estadual e criação do programa de pós-graduação para o servidor público do Estado (BAHIA, 1990).

A área econômica, especificamente a Secretaria da Fazenda apoiou ações de dimensão administrativas e que corrigiam distorções referentes ao setor de pessoal, principalmente com a modernização e implantação do sistema “*on-line*” para alimentação da folha de pagamento; inclusão da Gratificação de Produção no Banco de Dados, gerido pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB), para realização do respectivo pagamento; enquadramento do pessoal, ativo e inativo, no Grupo-Ocupacional Físico, inclusive com implantação de código de cargos e de pagamento. Isso representou talvez o maior avanço desses dois anos de mandato. Conseguiu ainda qualificar cerca de 1300 servidores fazendários, através de cursos, seminários e encontros (BAHIA, 1990)

⁶⁴ Na greve de 1990 o então Governador Nilo Coelho falou em entrevista, o que achava do movimento grevista e sobre esses profissionais: “médico é igual a sal: branco, barato e se acha em qualquer lugar!” (SINDMED, 2008).

A SESAB continuou com os esforços no sentido de consolidar e ampliar o SUDS, através do Termo de Adesão. Alcançou avanços voltados à municipalização das ações de saúde, com a formalização de 179 convênios de adesão com Prefeituras, envolvendo todas as 30 Diretorias Regionais, então existentes (BAHIA, 1990).

Ainda com a institucionalização do SUDS e de suas diretrizes de descentralização, os municípios passaram a ter competência constitucional para a administração própria das ações de saúde, incluindo a organização de serviços públicos locais. Ao final do ano de 1989, 40% dos municípios baianos já estavam integrados ao sistema (BAHIA, 1990).

Apesar do concurso realizado em 1987, a SESAB constatou em 1989 que 60 municípios baianos não dispunham de profissionais da saúde, médico ou dentista. E apesar do concurso público ter abarcado todas as regiões de saúde do estado, a secretaria defrontou-se com a resistência de profissionais aprovados prestarem serviços nos municípios mais distantes e isolados. Sendo vedada a contratação de profissionais não concursados, a Secretaria elaborou um plano, aprovado pelo Governo do Estado prevendo a contratação direta desses profissionais pelas Prefeituras locais, mediante uma compensação financeira mais adequada, com recursos repassados pelo Estado (BAHIA, 1990).

As ações de desenvolvimento de recursos humanos realizadas pela SESAB buscavam a descentralização através do apoio à criação de núcleos locais e do fortalecimento das Comissões de Ensino dos Hospitais, com a participação de duas Faculdades de Medicina.

O NDRH promoveu os estágios remunerados que estavam parcialmente desativados e incentivou os estágios curriculares como forma de aproximar o ensino formal da atividade prática. Os programas de Residência Médicas assim como dos estágios foram viabilizados nos diversos hospitais, centros de saúde e distritos sanitários, com maior concentração de alunos na área hospitalar.

Os relatórios referem destaque às atividades de profissionalização dos auxiliares de enfermagem. A SESAB manteve a formação anual de 160 auxiliares e estava implantando cursos descentralizados, sobretudo no interior, para transformar os Agentes de Saúde em Auxiliares de Enfermagem, área que se encontrava maior percentual de pessoal não qualificado⁶⁵.

⁶⁵ Ainda nesse período, o Programa de Residência Médica registrou 271 médicos residentes nos Hospitais: Santo Antonio, Juliano Moreira, Roberto Santos, Ana Nery, Edgar Santos, Otavio Mangabeira, Getulio Vargas e Manoel Vitorino, além da 1ª Dires que através do Convênio HPES/HS1/HAN/HSA e Departamento de Medicina Preventiva, abrangendo as mais diversas especialidades. (BAHIA, 1990).

Com a mudança da gestão de Waldir para seu vice, as ações de formação de recursos humanos que já vinham tendo inúmeras dificuldades, sofreram outras perdas. O NDRH, que não havia se estruturado formalmente nos primeiros dois anos, mesmo agora com sua organização mais concreta, não tinha capacidade, nem técnica, muito menos política, para propor alterações aos rumos que se processavam para este aparelho formador. Ou seja, apesar de uma conjuntura favorável, nos primeiros dois anos desse governo, a lógica da racionalidade burocrática prevaleceu, acabando por determinar a atuação do Núcleo. Com isso, sua situação de esvaziamento, se aprofunda, mesmo numa gestão que se intitulava “democrática”.

6. TERCEIRO PERÍODO 1990 A 2006: O FORTALECIMENTO E DECLÍNIO DO CARLISMO BAIANO-NACIONAL

*Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer
E esbanjar poesia
Chico Buarque*

6.1 Ascensão do carlismo baiano-nacional (1991 a 1995)

A transição democrática brasileira e a promulgação da Constituição de 1988 foram momentos de adaptação estratégica do chamado *carlismo baiano-nacional* rumo à aproximação com o campo liberal, o qual tinha em membros da família Magalhães, sua articulação intelectual e prática. Esse período é melhor analisado quando se observam historicamente, os aspectos programáticos e as regras institucionalizadas pelo carlismo.

Na administração, a idéia-força que abriu a década, com a reconquista do governo estadual, expressava-se no trinômio publicitário “ação-competência-moralidade” (A-C-M) os três atributos, além de formarem a sigla do personagem central, apontavam para o caminho do ajuste fiscal. Aliás, a Bahia foi, na primeira metade dos anos 90, um dos estados onde se extraiu prestígio político e eleitoral de uma cartilha administrativa e financeira, de cunho impopular e neoliberal (BONFIM, 1999; SOUZA & NETO, 2006).

A força de ACM foi produzida desde o seu primeiro mandato, quando começou a renovar os quadros dirigentes da administração estadual - em sintonia com o processo nacional de profissionalização da burocracia estatal - introduzindo técnicos jovens certos de sua vocação institucional e de sua fidelidade ao poderoso chefe. Os filtros do aparelho de governo moderno eram uma opção que trazia para alguns a vantagem adicional da realização profissional e para outros, o acesso condicionado ao então fechado mundo do poder⁶⁶.

O desgaste político-social acumulado no final do governo anterior dava a impressão de que tudo era um caos – o Estado em crise, à governabilidade em crise, o estancamento das políticas sociais. Era um momento propício para ACM proclamar a crise do Estado e discursar sobre a necessidade de sua reforma, como condição para

⁶⁶ O poder de ACM também estava relacionado à sua capacidade política e estratégica de um lado, e ao exercício da coerção, recorrendo a formulas de acomodação e cooptação, por exemplo, com o manejo hábil de sublegendas partidárias nos municípios do interior do estado (SOUZA & NETO, 2006).

reconstruir a governabilidade e a governança, entendidas para ele como “a legitimidade e a capacidade financeira e administrativa de governar” (SOUZA & NETO, 2006).

Desde o momento da transição um clima “hostil” e acusações de má administração acirravam o cenário político. Com a volta de ACM ao maior posto de comando do estado, ficavam evidentes as rivalidades pessoais, revestida do discurso da garantia dos “interesses baianos”.

O personalismo situado no vértice da política, da administração pública e do mercado, tinha ACM como grande articulador junto ao cenário nacional. Aos demais grupos políticos, sobrava a divisão de uma parte cada vez menor do espaço de poder ou o isolamento, pois na Bahia manobras de oposição ao carlismo havia poucas e aqueles que circulavam no cenário político eram surdos ou quase mudos (SOUZA & NETO, 2006).

Logo no início de seu novo mandato, dessa vez eleito pelo voto direto, ACM, fez o esforço para apresentar e evidenciar o que chamava de “irregularidades absurdas”. Afirmava que sua primeira missão era restabelecer a moralidade pública, a partir do próprio exemplo enquanto governante. “Por que a degradação moral, a deterioração das práticas administrativas, a corrupção mais deslavada eram visíveis a olho nu no período que ora se encerrava” (BAHIA, 1992, p. 3).

Fez com muita ênfase referência a situação crítica, na qual encontrou o Estado,

Entreguei pessoalmente, a Procuradoria Geral da República, os dossiês a respeito de vários casos apurados. Ações já foram impetradas na justiça baiana contra o ex-governador, além de ações penais contra dois dos seus ex-secretários, do Governo e da Fazenda. Sei que legislação sobre atos de corrupção ainda é por demais benigna. Sei, também, o quanto a justiça é morosa. Mas vou levar esses processos até o fim, custe o que custar. É a honra da Bahia que exige (BAHIA, 1992, p. 4).

Em sua Mensagem, afirmou que no caso da saúde, a situação seria de pleno abandono.

A situação encontrada pelo atual Governo nessa Secretaria, a 15 de março, era de total desordem administrativa, que as mudanças estruturais adotadas buscaram superar no prazo mais curto. De outro lado identificaram-se problemas e distorções diretamente o volume e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. A rede física encontrava-se em péssimo estado de conservação, além de unidade em desuso, total ou parcialmente, por falta absoluta de condições de funcionamento [...] (BAHIA, 1992, p. 4).

Discursava sobre a necessidade de recuperar no menor prazo, a situação encontrada, principalmente, por que havia 43% dos leitos desativados,

A falta de recursos financeiros como a irregularidades na sua liberação para as Diretorias Regionais de Saúde – DIRES acarretava a descontinuidade das ações e o desestímulo dos profissionais da área. Verificam-se sérios problemas no suprimento de material de consumo, medicamento, falta de equipamentos e materiais permanentes básicos, levando à desativação de unidades inteiras (BAHIA, 1992 p. 5).

Assim, sua administração, mediante ações que se estenderiam a todas as 27 Diretorias Regionais, estaria empenhando todos os esforços para superar as deficiências encontradas e corrigir as distorções que configuravam um quadro supostamente calamitoso.

Com relação à rede física, mencionava investimentos em obras de recuperação, reformas e construção de Hospitais, Centros e Postos de Saúde. Afirmava ter implantado mecanismos para agilizar e regularizar a liberação de recursos para as DIRES, assim como para aquisição e distribuição de material de consumo e medicamentos, além da compra de equipamentos indispensáveis e a recuperação de equipamentos e veículos (BAHIA, 1992).

Propunha um novo reordenamento administrativo do Estado que implicava muitas alterações, a exemplo, da extinção de secretarias e entidades descentralizadas, além da redução de cargos de direção e assessoramento. A revisão orçamentária e o saneamento das finanças também fizeram parte desse pacote administrativo. Aproveitando o contexto nacional, apresentava o discurso de reorientação da máquina administrativa para modernizar a estrutura da área social. Assim, daria ênfase gerencial à área econômica, racionalizando a infra-estrutura o que permitiria imediata recuperação da capacidade de decidir e de agir na estrutura governamental.

Paralelamente ao reordenamento da administração estadual, promovia uma “recuperação” da ação de planejamento, que segundo Mensagem do Governador, seria a função central para administração pública. Com essa ação, foi elaborado o documento “*Bahia: Reconstrução e Integração Dinâmica*” como Plano de Governo, trazendo diretrizes para reorganização da Bahia e a promessa de um ciclo de desenvolvimento.

Os relatos mostram que nos anos seguintes o discurso do governador, passaria a ter a conotação “festiva” quando no início dos trabalhos da Assembléia Legislativa prestava contas do que realizou no exercício do ano de gestão.

É, para mim, uma satisfação participar deste ato inaugural, trazendo, pessoalmente, aos representantes do povo baiano, aqui reunidos, uma síntese das atividades do Governo, no segundo ano do meu mandato, ao tempo em que reafirmo meu apreço que, como homem de formação democrática, sinto pelo trabalho no Corpo Legislativo, o qual sempre desejei ver dignificado, à vista do que realizam em favor dos interesses comunitários, quanto pela capacidade de representarem, efetivamente, as correntes de opinião e os anseios populares (BAHIA, 1993, p. 1).

Afirmava em discursos públicos que o momento era decorrente da reconquista da moralidade pública, “pedra angular de qualquer projeto de êxito do homem e do administrador”. Referia que o Estado teria “voltado” a crescer, contrariando aqueles que apostavam no erro. As mudanças teriam ocorrido pelo trabalho construtivo e pela seriedade dos homens públicos que se reuniram na luta para colocar a Bahia, mais uma vez no lugar que sempre lhe cabia (BAHIA, 1993).

A Bahia estaria em um momento de desenvolvimento. Todavia, o espectro da recessão nacional colocava sobre a população – principalmente a classe média e os mais pobres, sem por vezes poder distinguir as duas classes niveladas pelas dificuldades e sobre o efeito do mesmo ajuste fiscal – o peso de impostos:

A ganância do Governo Federal, o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF, arma desumana e perversa que, por um processo de transferência em cadeia, irá tornar a classe média mais pobre e a pobre, miserável. Ninguém escapará de sua rapacidade famélica, que estará presente em toda a trajetória do cidadão brasileiro, sugando-lhe corpo e alma, hoje, amanhã e sempre, poupança acumulada em anos de sacrifício ou o misero salário mínimo, que lhe sairá do bolso, a cada compra que fizer (BAHIA, 1993, p. 2).

ACM atribuiu a si mesmo a primeira advertência ao Presidente Fernando Collor sobre os perigos a que se expunha face aos métodos pouco ortodoxos empregados pela sua equipe inicial de governo e por alguns dos seus amigos, inclusive com a sua complacência, e que poderiam, fatalmente, abalar, os alicerces da Presidência (BAHIA, 1993).

Com a crise econômica estabelecida, os erros do Governo Collor seriam explorados e conduziram o país a uma crise política que produziria o afastamento definitivo do Presidente, após processo de “*Impeachment*”. Assumiria seu vice Itamar Franco (1992 – 1995), o que alteraria o eixo de poder e o prestígio de ACM. Utilizando a mesma perícia para se mover em contextos críticos, acionou suas características mais

singulares, fez seu jogo pessoal, e colocou o Estado da Bahia na oposição ao Governo Federal, porém, sempre com o discurso de uma luta pela “terna e zelosa ação de defesa dos direitos do Estado”, prerrogativa incontestável de sua autonomia:

Assim, foi e assim, será a nossa postura em relação ao Governo Federal, a quem não faltará a nossa isenta colaboração, na promoção de medidas em benefício do povo brasileiro, mas não silenciaremos toda vez que for necessário levantar nossa voz em defesa dos interesses da Bahia e de sua gente, para reclamar uma ação mobilizadora, pugnar pela equidade de tratamento aos Estados, salientando os desequilíbrios regionais existentes, que colocam em risco, muitas vezes, a unidade nacional. (BAHIA, 1993, p. 5).

Sempre com o foco dirigido, e em parceria com Luis Eduardo Magalhães, seu filho, ACM aproveitou a estabilidade da reforma econômica para utilizar como cimento da aliança política que estabeleceria entre PFL⁶⁷ e PSDB, que seria responsável pelo exercício de uma hegemonia no país, na segunda metade dos anos 90. Nessa transição, aproximou-se ao campo político liberal, mesmo com compasso diferenciado, para garantir os interesses do seu grupo, porém sempre na sombra do manifesto público da antiga mítica do “interesse baiano”⁶⁸ (SOUZA & NETO, 2006).

O processo de modernização do Estado continuava. Sob a responsabilidade do Centro de Desenvolvimento de Administração – CDA/SAEB realizaram-se seminários que resultaram ações vislumbrando a qualidade no serviço público, a elaboração do plano de cargos e salários e a ampliação da capacidade gerencial⁶⁹.

Essa proposta de modernização possibilitou a revisão da estrutura da Secretaria de Administrado do Estado da Bahia – SAE, inclusive de seus recursos humanos onde com o

⁶⁷ O PFL baiano era a sigla mais importante de uma constelação de satélites que gravitavam em torno de um comando central, cujas diretivas valiam tanto para a organização interna das legendas como para a ação parlamentar (o carlismo tinha maioria qualificada e disciplinar na Assembléia Legislativa e coesa e eficaz ação no Congresso Nacional) e as estratégias eleitorais (política de alianças, organização de chapas, hierarquização dos redutos a serem contemplados pela ação governamental). Além do carlismo *strictu sensu*, distribuído por quatro legendas (PFL, PTB, PL e PPB) e do seu núcleo duro, mais assentado no PFL, a hegemonia carlista havia atraído siglas menores e alcançara o PMDB, tradicional adversário (NETO, 2006, p. 270).

⁶⁸ Compõe esse legado de legitimação, do carlismo de uma “nova” Bahia, a imagem reforçada, ao longo dos anos 90, pelo prestígio nacional do grupo e pela atualização midiática sobre os temas baianos. Já sem o “h” aristocrático de outrora, esta passa a ser, na forma hegemônica que o carlismo adquire em contexto pós-autoritário, o cimento ideológico que aspira conectar elite e povo, mantendo assimetrias sociais, mas subsumindo potenciais contestações, ao recorrer ao costumeiro *ethos* tecnocrático – proclamador da elite dirigente – e métodos de cooptação da sociedade civil (NETO, 2006, p. 267).

⁶⁹ Ainda com medida de modernização foi criado o Programa de Dignificação do Servidor Público, desenvolvido pela Fundação Escola do Serviço Público – FUNDESP e do Departamento de Pessoal – DEPE/SAEB, com vistas à adequação dos instrumentos e da política de pessoal com as disponibilidades do Estado, priorizando atendimento as áreas prestadoras de serviço à população: educação, saúde e segurança.

apoio da PRODEB⁷⁰, desenvolveu o novo Sistema de Recursos Humanos – SRH, que seria utilizado por todas as Secretarias, por que viabilizaria o gerenciamento integral das informações relacionadas ao pessoal do Estado, inclusive de autarquias, fundações e empresas.

Enquanto isso, no âmbito federal, a saúde era afetada pela promulgação das Leis Orgânicas da Saúde – LOAS (Lei nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990). Estas, junto ao Capítulo da Saúde da Constituição Federal (Art. 196 a 200), formariam a primeira parte do arcabouço jurídico-normativo do SUS. Nesse contexto, definiram-se as diretrizes para as políticas de recursos humanos (Título II, Capítulo I – Dos Objetivos e Atribuições, art. 6). Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS Saúde, inciso III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990, p. 2)⁷¹.

Na seqüência aconteceria a IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, com o tema “*Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*”. O marco da municipalização representou um ciclo da descentralização de políticas no país e, conseqüentemente, mais um novo desafio para a área de recursos humanos. Desse modo, o processo de municipalização precisaria ir além da assinatura de convênios e contratos entre gestores e administradores da saúde para se tornar instrumento concreto que daria materialidade aos arranjos municipais de saúde (BRASIL, 1991). Não se tratava apenas de uma revisão administrativo-burocrática, mas de uma nova arquitetura político-administrativa, com elementos organizacionais que permitiriam repensar a funcionalidade do setor e dentro disso, a qualificação dos serviços de saúde.

No debate nacional, a formação de RHS apontava para a necessidade da construção de um perfil capaz de enfrentar a realidade sanitária. A proposta de criar novas competências ia além dos conhecimentos técnicos, apresentando uma busca da prática contextualizada e articulada às necessidades sociais das comunidades.

Durante a conferência sugeriu-se que para formação de RHS o apoio técnico-científico e o suporte de bibliografias deveriam compor estratégias de ensino, necessárias

⁷⁰ Nesse momento a PRODEB apoiou várias áreas do governo, destaque para as ações na Secretaria da Fazenda, pois com a informatização dos Postos Fiscais, projeto que permitiu um controle rigoroso da arrecadação fiscal, houve significativa elevação da administração da receita pública (BAHIA, 1991).

⁷¹ A LOAS 8.080/80 ainda refere: no CAPÍTULO III - Da Organização, da Direção e da Gestão, art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, inciso IV - recursos humanos; no CAPÍTULO IV - Da Competência e das Atribuições, art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições, inciso IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; no Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete, inciso IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; Todavia há que se destacar que a LOAS é omissa nos artigos 17 e 18 quanto a competência de Estados e Municípios sobre a área de recursos humanos (BRASIL, 1990).

a capacitação permanente dos recursos humanos em saúde. Além disso, fazia-se importante o envolvimento mais amplo de cada estado na questão da formação e capacitação de RHS.

As Secretarias de Educação e Administração devem ser sensibilizadas para compreender as peculiaridades da questão de recursos humanos na saúde, compondo estruturas colegiadas, a exemplo de Conselhos Interinstitucionais, sem contudo, descuidar da agilidade necessária a resolução dos problemas nessa área (NUNES, 1991, p. 153).

Nesse momento da institucionalização do SUS, a condução do processo estava sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que através do INAMPS constituiu as Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB/SUS⁷². Cabe destaque para a NOB/SUS nº 01/93 (Resolução nº 545 de 20 de maio de 1993), que se baseou no documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, intitulado “*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*”, buscando um fortalecimento para o SUS.

Ainda em 1993, realizou-se a II Conferência Nacional de Recursos Humanos que produziu um dos mais densos e completos documentos sobre o tema. Reconhecendo a ausência de uma política explícita de recursos humanos para o SUS, fazia um alerta para possíveis conseqüências de sua implementação e indicava a necessidade de se regular imediatamente o artigo 200, inciso, III da Constituição Federal.

Esta conferência temática, na tentativa de debater sobre a formação de RHS trouxe dois questionamentos, centrais naquele momento:

1) qual a real competência do pessoal credenciado para o exercício profissional de nível superior dentro das especificações necessárias para esse sistema de saúde; e 2) como é operada a inserção no mercado de trabalho das determinações necessárias ao processo de trabalho em saúde? (PIERANTONI & MACHADO, 1993, p. 29).

Analisava como a formação estava organizada, através de estruturas curriculares, com dicotomia entre teoria e prática, bem como, entre o chamado ciclo básico e o ciclo profissionalizante, inclusive com distanciamento com a realidade da sociedade.

⁷² As primeiras Normas Operacionais Básicas do SUS foram: NOB/SUS nº 01/91 (Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991) e NOB/SUS nº 01/92 (Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992), ambas versavam sobre a organização, desenvolvimento e financiamento do SUS e sobre a relação entre os entes federados.

Mesmo contraditoriamente, o discurso do Governo Estadual era de na Bahia, fortalecer a descentralização das ações de saúde para todas as regiões. Assim, nos anos seguintes do seu mandato, o governador, seguiu prestando conta de suas ações à Assembléia Legislativa tentando demonstrar que, em dois anos, havia revertido o quadro inicial encontrado, recuperando a rede hospitalar e prestação de serviços a população, reativando 16 hospitais, ampliando os serviços ambulatoriais com a execução de obras de construção, reformas, recuperação, ampliações e adaptações. Registrava a construção da nova sede do Serviço Estadual de Oncologia – CICAN, um hospital padrão para o Norte e Nordeste, a construção do Hospital de Medicina do Aparelho Locomotor do Nordeste - SARAH/Salvador realizado pela Associação das Pioneiras Sociais e a edificação do novo hemocentro – HEMOBA (BAHIA, 1993).

Além disso, apresentava os resultados da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com recursos do Ministério da Saúde, repassados através de convênios da SESAB para as prefeituras, com o objetivo da execução de ações educativas de atendimento primário para a população. Para isso foram celebrados 90 convênios com os municípios, sendo definida sua responsabilidade de contratação, uma vez que a SESAB ficou responsável pela seleção e treinamento introdutório de 3.148 agentes (BAHIA, 1993).

Reconhecendo a importância dos recursos humanos para consecução dos seus objetivos, a SESAB estimulou e promoveu de forma sistemática a capacitação do seu quadro profissional em programas de saúde prioritários para o Estado, a exemplo dos Programas de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança. Sob essa ótica, a área de formação de recursos humanos da SESAB implementou no decorrer do triênio 91/93 as ações de formação, capacitação e educação continuada, visando fortalecer o processo de descentralização das ações de saúde e assegurando a melhoria da qualidade na prestação de serviços⁷³, conferindo ênfase especial aos cursos descentralizados de Auxiliar de Enfermagem – CDAE do SUS-BA⁷⁴.

Em decorrência do Plano Nacional de Controle e Erradicação do Sarampo, também foram desenvolvidos processos de treinamento nas macrorregiões, ampliando a

⁷³ Em maio de 1992 foi realizado um concurso público para o preenchimento de vagas, sendo 1099 para médicos, 257 enfermeiros, 54 odontólogos, 54 assistentes sociais, 75 farmacêuticos bioquímicos, 1452 auxiliares de enfermagem, entre outras categorias profissionais. (BAHIA, 1992).

⁷⁴ Foram concluídos no exercício sete cursos para 232 participantes e em realização, ao término de 1991, outros 21 cursos para 630 participante. (BAHIA, 1992).

capacidade de vigilância⁷⁵ e o Programa de Residência Médica⁷⁶ executado na rede pública hospitalar que desenvolveu suas atividades em 21 especialidades.

Ao final do quadriênio do seu terceiro mandato, ACM referia estar com sua consciência tranquila, a cerca dos fatos e da situação econômica, financeira, administrativa, política e social do Estado.

[...] com a maior satisfação e a alegria do dever cumprido, pois em qualquer dos aspectos mencionados posso afirmar que a Bahia, mercê de uma condução firme e honrada, imune ao vício e à corrupção, atenta aos interesses da terra e do seu povo, sem discriminação ou proselitismo, sem preferências eleitorais ou considerações partidárias, vai muito bem, no caminho que conduz à prosperidade e ao bem-estar social (BAHIA, 1994, p. 1).

Em seu discurso fez breve síntese dos principais pontos de transformação de sua gestão, enfatizando principalmente o desenvolvimento da Bahia, o restabelecimento da moral pública, a punição do patrimonialismo, a superação do quadro de dissolução e inércia que caracterizavam o Estado⁷⁷.

Já disse, em tempos idos, que não há crescimento, não há progresso, não há desenvolvimento quando os governos erram, quando os governos falham, quando os governos param. E que um Estado não avançará a passos largos, para construir algo duradouro, se os seus governantes são incapazes de realizar com grandeza. O tempo passa, mas a verdade não muda com o tempo (BAHIA, 1994, p. 1).

⁷⁵ Atendendo também a determinação legal do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - a SESAB manteve um processo de formação para 1595 atendentes de enfermagem da rede básica e hospitalar, mediante a realização de 79 supervisões pedagógicas, visando o controle de qualidade dos cursos, três capacitações para a preparação de 80 instrutores e um seminário para 114 participantes.

⁷⁶ Nos principais hospitais do Estado desenvolviam-se atividades para 280 residentes, nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Toco-ginecologia e nas especialidades de Anestesiologia, Proctologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Psiquiatria, Medicina Preventiva, Geriatria, Nefrologia, Cirurgia Torácica e Cardiologia (BAHIA, 1992).

⁷⁷ O governador ainda lembrou historicamente que na mesma data de 1º de março de 1974, vinte anos antes, havia comparecido a casa para sua inauguração, pois o prédio fora construído no seu primeiro mandato como governador do Estado da Bahia. E que na mesma data, 1º de março, já em 1980, desta vez em seu segundo mandato, também esteve na festa de reinauguração da Assembléia, após sua reconstrução, motivada por um incêndio em 1978. *“É sob essa emoção que compareço em 1º março de 1994, para prestação de um dever, desejo agradecer aos Senhores Deputados e, especialmente, a Vossa Excelência a compreensão que fez coincidir a leitura desta Mensagem com um dia que me desperta tão forte comoção, tais as recordações que envolvem, lembrando a minha última prestação de contas, no atual período governamental”*. Seu balanço positivo referiu elementos como a ampliação do Pólo Petroquímico de Camaçari, o setor de papel e celulose, a minero-indústria e a metalurgia, o pólo de grãos dos cerrados, a irrigação no Vale do São Francisco, ainda a necessidade de recuperação das economias regionais pelo café, sisal, o turismo, a cultura, a dinamização do Centro Histórico de Salvador, a defesa do Nordeste e da SUDENE e ainda o combate a corrupção, a impunidade, e a falta de escolas, de postos de saúde e hospitais, além do combate a pobreza no esforço para melhorar a vida do povo baiano (BAHIA, 1994).

Com essa retórica ACM se elegia para uma vaga no Senado Federal e através da aliança política construída entre PFL e PSDB⁷⁸, elegeu o Senador Fernando Henrique Cardoso – FHC para Presidente da República (1995 – 1998) e faria Paulo Souto, seu vice, como sucessor na gestão estadual.

Apesar de todo o discurso, pouco se verificou de investimento em obras, programas estruturantes, inovação em serviços, políticas públicas, ou ações administrativas de impacto sobre a economia e a sociedade, exceção talvez ao que diz respeito à área cultural, que nas gestões carlistas, terminou se convertendo, ao mesmo tempo em carro-chefe da construção de imagem em subárea de função do turismo. O apelo midiático completava-se com a ostentação da paixão pela Bahia e com o espírito de *revanche* contra os seus adversários, quer dizer, os que haviam governado o Estado no quadriênio anterior (SOUZA & NETO, 2006).

6.2 A Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos: do surgimento da UFORTEC a criação da EFTS.

Com a publicação da Lei nº 6.074 de maio de 1991, houve outra alteração na estrutura organizacional da administração pública estadual, tanto para a SESAB como, mais especificamente, para a área de recursos humanos, com impacto sobre seu aparelho formador. Com isso o Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos passou a se denominar Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos - CENDRHU, restaurando a sigla e agregando a competência de executar e supervisionar ações de capacitação, formação e desenvolvimento de pessoal na área da Saúde.

Na complementação das alterações organizacionais seria publicado o Decreto nº 648/1991, que aprovaria o Regimento da SESAB, criando na CENDRHU duas novas estruturas: 1) Divisão de Apoio e Instrumentalização de Recursos Humanos⁷⁹ (DIAPIN), com a finalidade da formulação de políticas e diretrizes, normas e procedimentos para o desenvolvimento de pessoal no âmbito do SUS-B; 2) Unidade de Formação Técnica (UFORTEC) do SUS, para possibilitar a consolidação das propostas de formação de pessoal de nível do setor saúde, em especial das categorias em exercício

⁷⁸ Essa aliança entre PFL e PSDB, visando as eleições presidenciais, criou ainda mais dificuldades para a Prefeitura de Salvador, que estava sob comando de Lídice da Mata (1993 – 1996) e que naquele momento integrava o PSDB, e era oposição a ACM.

⁷⁹ Dentro da nova estrutura estavam então as atividades relacionadas: ao Quadro de Pessoal, a Concurso Público, ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), Comissão de levantamento de Pessoal existente na SESAB.

de funções para as quais não possuíam qualificação, como Agente de Assistentes de Serviço de Saúde e Visitado Sanitário. Essa Unidade foi a origem para a construção da Escola de Formação Técnica.

[...] criamos a UFORTEC, essa Unidade de Formação Técnica, no CENDRHU [...] foi, o embrião da Escola de Formação Técnica “Professor Jorge Novis” [...] Discutimos [...] sobre a necessidade de criar essa Unidade de Formação Técnica, [...] porém, tinha um planejador aqui, um cara do planejamento, que era muito forte, [...] era da linha do Planejamento Normativo, ditatorial, e dizia assim: esse povo do CENDRHU, realmente precisa mandar todo mundo embora, porque além disso estão querendo transformar a secretaria numa escola, não está vendo que não tem cabimento uma coisa dessas [...] (Entrevistado 02).

Além da realização dos Cursos Descentralizados para Auxiliares de Enfermagem da Área Hospitalar e da Saúde Pública a UFORTEC desenvolveu projetos voltados à formação de pessoal de nível médio (Técnicos de Higiene Dental, Auxiliares de Consultório Dentário, Auxiliares de Nutrição e Dietética, Técnicos de Patologia Clínica e Auxiliares de Laboratório e Diagnóstico de Citologia). Contudo, a principal área de formação para a UFORTEC foi enfermagem, onde foram realizados os vários cursos de Auxiliar de Enfermagem, motivado de um lado pela incorporação da Escola Supletiva de Enfermagem do INAMPS ao SUS Bahia e, de outro pela possibilidade criada pelo Convênio CAE, celebrado entre a Secretaria de Saúde, a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria de Educação, no qual o objeto central era a implantação, acompanhamento e expedição de certificados para os cursos descentralizados nas DORES e Hospitais do interior do estado.

[...] tínhamos dois cursos: curso de Auxiliar de Enfermagem, um na UFBA, através do convênio SESAB, SEC, UFBA, [...]; e outro curso de Auxiliar de Enfermagem, no INAMPS [...]; esses dois cursos não tinham nenhuma relação, nenhum diálogo entre si [...] a gente começou a escrever manuais, orientando todas as DORES como deveria ser feito o processo de capacitação dos trabalhadores para unificar os dois cursos de formação de auxiliar de enfermagem [...] a primeira coisa que a gente fez foi dar aos cursos a mesma finalidade, formar auxiliar de enfermagem, com foco, nas necessidades do nível regional, e do nível local [...]; para o reconhecimento do curso, contamos com o apoio das entidades que estavam se reorganizando [...] a Escola de Enfermagem, e a Secretaria de Educação, davam o reconhecimento legal [...] ou seja, titulava as pessoas, e nós, da UFORTEC, fazíamos o acompanhamento, a supervisão, e a orientação [...] (Entrevistado 02).

No entanto, o Relatório do Governo (1992) faz referência ao enfrentamento de constantes problemas de ordem técnica e administrativas, principalmente algumas dificuldades e descontinuidades em trabalhos realizados pela equipe do UFORTEC. Mas isso não era um privilégio específico da área de nível médio, pois de uma forma geral, não havia uma explícita Política de Recursos Humanos estabelecida:

[...] Era um governo que não tinha uma proposta de formação em recursos humanos, mas tinha sobretudo uma proposta, um emprego para recursos humanos, para pessoas que estivessem ligadas a deputados, pessoas que tivessem na verdade, fortes juntos aos prefeitos municipais. [...] Então o contrato nosso praticamente desse governo era como pessoas que chegavam até nós sempre com bilhete, sempre com a sua solicitação da governadoria, para que se pudesse fazer alguma coisa por aquela pessoa. [...] E a luta era sempre essa! Era tentar dar uma nova forma a formação de recursos humanos na Bahia, indo de encontro exatamente aos interesses da própria governadoria [...] (Entrevistado 06).

Observa-se que as mudanças de estruturas organizacionais da área de recursos humanos da SESAB aconteceram não só em decorrência das mudanças de Governo, mas também para atender a exigência da demanda de serviços daquele momento. Além disso, houve um alinhamento ao processo de regulamentação⁸⁰ do exercício de Enfermagem que favoreceu especificamente a área de formação técnica, movimento crescente desde a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em decorrência disso, em novembro de 1994, através da Lei Estadual nº 6.680 de 14 de novembro, a UFORTEC passaria a ser reconhecida como Escola de Formação Técnica em Saúde “Professor Jorge Novis” - EFTS.

[...] a Telma Dantas foi a grande mentora da Escola Técnica [...] trabalhou muitos anos para construção daquela escola, primeiro com os cursos de auxiliares de enfermagem do INAMPS e da SESAB, e depois no Larga Escala e no PROFABE [...] (Entrevistado 05).

No Brasil, até então, a formação de pessoal de nível médio e elementar estava sob a responsabilidade do sistema de educação, representado na época da implantação do

⁸⁰ Conforme o Decreto n. 94.406 de junho de 1987 regulamenta o exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Projeto Larga Escala - PLE⁸¹ em nível federal⁸² pelo Ministério da Educação e Conselho Federal de Educação e, nos Estados, pela Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação. Estruturou-se, portanto, uma instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, articulada ao sistema educacional: os Centros Formadores.

A EFTS foi responsável pela condução do PLE na Bahia nos anos que se seguiram. Vem se consolidando como aparelho formador que planeja, articula e executa o conjunto de políticas governamentais voltadas para o nível médio na área da saúde, inclusive com reconhecimento da Secretaria de Educação do Estado.

Cabe salientar, no entanto que, segundo relatórios de gestão estadual, algumas dificuldades financeiras geraram impasses para desenvolver a programação de recursos humanos. Assim, somente com a execução do Projeto Nordeste⁸³ que algumas atividades de formação puderam acontecer na SESAB.

Por fim, percebe-se que nesse período o processo nacional de institucionalização do SUS contribuiu para ampliar o debate na área de recursos humanos, o que trouxe marcos importantes na trajetória política e no acúmulo de forças no cenário estadual, uma vez que, através de projetos e políticas nacionais, se desenvolveram ações de formação, capacitação e qualificação no estado.

A implantação do PACS e do PSF, como programas voltados para organização de novos modelos de atenção a saúde, reforçou a discussão do ordenamento quanto ao perfil do profissional que o SUS precisava. É nesse cenário que o surgimento de novos aparelhos formadores caracterizaria os primeiros passos na busca de uma estruturação do

⁸¹ A construção desta experiência pedagógica foi firmada a partir de algumas possibilidades aventadas pelo Capítulo IV da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971, e pelo parecer do Conselho Federal de Educação – CFE nº 699/72. O Capítulo IV refere-se à constituição do ensino supletivo que apresentava a seguinte finalidade: “suprir a escolarização regular para os adolescentes e adultos que não a tenham seguido ou concluído na idade própria; proporcionar, mediante repetida volta à escola, estudos de aperfeiçoamento ou atualização seguido o ensino regular no todo ou em parte”.

⁸² O PLE foi sendo construído no decorrer da sua implantação nos Estados, e o documento inicial, denominado Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde, sistematiza a proposta do Larga Escala e indica certas estratégias que, de certa forma, viriam superar os processos de formação anteriores, como os mecanismos de legitimação desta capacitação por intermédio da cooperação entre Ministérios da Saúde e Educação, promoção profissional e intelectual dos trabalhadores, metodologia adequada à realidade dos serviços, compreendendo que estes profissionais de nível médio e elementar possuíam certa autonomia de trabalho em locais que, pela suas condições socioeconômicas, não dispunham de médicos ou outros profissionais de nível superior.

⁸³ Como parte das estratégias para a melhoria da qualidade do ensino, ainda no ano de 1992, teriam acontecido negociações entre o MEC, representantes do Banco Mundial, consultores do Ministério da Educação e a Secretaria de Educação da Bahia, com o intuito de discutir as ações do Projeto Nordeste na Bahia. Tal projeto deveria ser executado em cinco anos, com financiamento do BIRD (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento) e do governo federal, além de contrapartida do governo do estado, e tinha a previsão de aplicar US\$ 300 milhões, nos nove estados da região, com o objetivo de reverter o alto índice de evasão e repetência nas escolas. O Projeto de Educação Básica para o Nordeste – NEBE III, que resultou dessas negociações e foi consubstanciado nos Acordos 3.663 e 3.636, só deslançou entre 1994 e 1998. (SILVA, 2003).

processo de formação de RHS, organizando as demandas pedagógicas a partir de suas características nos serviços de saúde.

O crescente movimento para profissionalização dos RHS, principalmente do nível médio e básico que foi desenvolvido nas Conferências Nacionais desde 1986, materializou-se nesse período na Bahia, através da criação da UFORTEC, inicialmente, e da formalização da EFTS, em seguida.

6.3 O início do *Carlismo pós-carlista* (1995 a 1999)

A primeira gestão o governador Paulo Souto⁸⁴ foi tempo de colheita na administração e na política, de bônus oriundos da rígida poupança de recursos no período antecedente, da nova situação política nacional sob a era FHC e da expansão hegemônica do grupo no Estado, sob comando conjugado de ACM e Luís Eduardo Magalhães. Um forte consenso blindava a atuação administrativa carlista, que dispunha de reputação de estabilidade, eficiência e austeridade, valores proclamados nos tempos neoliberais.

Nas relações entre o Governador Paulo Souto e o Senador ACM ficava evidente que não haveria diferenças no projeto de governo, e desde a montagem da equipe constatava-se a influência de ACM indicando nomes com experiência técnica ou mesmo de sua confiança.

Ocupando pela primeira vez o cargo mais alto do executivo estadual, Paulo Souto apresentou aos deputados baianos na Assembléia Legislativa as diretrizes do que seria o seu governo. Na área da saúde seria prioridade a descentralização das ações e serviços de saúde e melhoria da assistência ambulatorial e hospitalar, além da reestruturação da rede física, com destaque, para a redução da mortalidade materna e infantil.

Segundo registros, a SESAB implementou uma política de recursos humanos coerente com os princípios do SUS: descentralização; direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BAHIA, 1996).

⁸⁴ No seu primeiro ano de gestão, conforme relatório anual foi registrado um aumento de 48% nas consultas médicas e 27% nos atendimentos básicos, o que demonstrou avanços na prestação de serviços de saúde para a população baiana. Em termos absolutos, foram registrados 15 milhões de consultas médicas nos ambulatórios da Rede SUS. Os atendimentos de Atenção Básica ultrapassaram 17 milhões e os procedimentos odontológicos alcançaram quase três milhões. Dispondo de 27.260 leitos hospitalares, entre próprios e contratados do SUS, a rede de saúde contabilizou mais de um milhão e vinte mil internações. (BAHIA, 1996).

A Secretaria desenvolveu também o Programa de Qualidade – PROQUALI⁸⁵, com o objetivo de sensibilizar os profissionais da rede pública a participarem do esforço comum para atingir a meta de executar um serviço de saúde que pudesse satisfazer às necessidades da população, e ao mesmo tempo pudesse estar gratificado com o trabalho realizado.

O governador manteve em seu discurso a prioridade para a área social,

As áreas de saúde e saneamento têm merecido do Governo uma atenção toda especial. Cabe-me ressaltar, por um dever de justiça o grande esforço realizado pelo Governador Antônio Carlos Magalhães, que à época, realizou significativos investimentos em saneamento, contando tão somente com recursos do próprio Tesouro Estadual e deu partida as negociações de importantes contratos externos, a exemplo do Programa Bahia Azul (BAHIA, 1997).

Em setembro de 1996, realizou-se a X CNS, com o tema “SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida”, tendo como um dos eixos “*Recursos Humanos para a Saúde*”. Contemplando a política, a administração e a formação da força de trabalho em saúde, sugeria aprofundar e consolidar novas dimensões para a atenção qualificada à saúde no SUS (BRASIL, 1997).

A intensificação dos esforços para fazer o SUS acontecer ao nível da gestão municipal e micro-regional deve-se principalmente a partir da NOB 93, o que gerou novo ânimo, expresso na frase que empolgou a plenária da X CNS: “*Onde dá SUS, dá certo!*”. Com a nova diretriz o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveriam implantar uma Política de Recursos Humanos para a Saúde onde se considerava principalmente:

- a composição de Equipes Multiprofissionais de Saúde, com trabalho coletivo e adequadas a cada tipo de Unidade ou Serviço de Saúde, considerando as necessidades epidemiológicas e sociais da população a ser atendida, recursos e tecnologias adequadas e capacitação permanente para responder às especificidades regionais e locais da clientela e programas de saúde; (BRASIL, 1997, p. 55).

- os Gestores do SUS devem garantir, através de ações educativas e de capacitação permanente, a sensibilização das Equipes de Saúde

⁸⁵ Trata-se de um programa que visava “*aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados pela Administração Pública Estadual, desenvolvendo ações que otimizem o trabalho, racionalizando-o, priorizando assim a sua excelência*”. Os objetivos do PROQUALI eram: Garantir condições de trabalho favoráveis ao servidor, segundo princípios filosóficos consoantes com o da modernidade, por meio da aplicação de técnicas que fundamentam o gerenciamento da qualidade total; Satisfazer às necessidades dos colaboradores e desenvolver as condições adequadas ao pleno aproveitamento da sua capacidade profissional, pela implementação de uma política de recursos humanos; Reavaliar e reformular institucionalmente os segmentos do serviço público estadual, com base nos propósitos de qualidade definidos no PROQUALI; Promover o entendimento e a internalização das mudanças efetivadas, compreendendo inclusive sua repercussão na comunidade, por intermédio do aumento dos níveis de eficiência da organização; e Promover o desenvolvimento e a aplicação de medidas modernizantes que levam à otimização de procedimentos. (BATISTA, 1998, p. 11).

para o trabalho coletivo, hoje centralizado na figura e no poder do médico. Os objetivos desse processo são de reverter as características do atendimento atualmente prestado, onde predominam a hospitalização, a medicalização, a baixa resolutividade e a mínima capacidade de atendimento, a limitação de ações preventivas e de atendimento grupal (BRASIL, 1997, p. 58).

Assim, os estados deveriam promover programas de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos trabalhadores em saúde, a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica e humanizado. Para isso os gestores do SUS deveriam executar o planejamento dessas ações, de forma participativa e hierarquizada, buscando articular-se com outros segmentos sociais. Os processos de formação e desenvolvimento de RHS seriam implantados técnica e financeiramente pelos Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, com atuação integrada ao controle social, as Secretarias de Educação e Universidades.

Dentre as recomendações apontadas para a reorientação da formação, capacitação de RHS e a integração ensino-serviço estavam:

- estímulo à utilização das Unidades e Serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema de saúde-escola), garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;
- estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os Estados da União; (BRASIL, 1997, p. 60).

- reestruturação dos Programas de Residência Médica e Estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do SUS;
- qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área da Saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não tem condições de funcionamento (BRASIL, 1997, p. 62).

Outras recomendações da X CNS sugeriam aos gestores e órgãos de fomento à pesquisa, o apoio a projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, como os da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas - CINAEM e da Rede uma nova iniciativa e Integração Docente Assistencial - UNIIDA, que buscam integração escola-comunidade e a formação humanística dos futuros profissionais (BRASIL, 1997).

A partir da conferência nacional foi elaborada a NOB/SUS nº 01/96 (Portaria GM/MS nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996), intitulada, “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Nesse momento a SESAB passou a organizar o processo de habilitação e descentralização de ações de saúde⁸⁶.

Também como decorrência de deliberações da X CNS, em 1998 foi elaborado o documento com os "Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS", trabalho construído a partir da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a Mesa Nacional de Negociação do SUS.

Multiplicando as ações⁸⁷ da SESAB, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguido posteriormente do Programa Saúde da Família (PSF)⁸⁸. Fortaleceu-se, posteriormente, a rede física de hospitais, centros e postos de saúde, o que ajudou a alcançar as metas do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna.

De acordo com o governo, as prioridades estratégicas estavam voltadas à modernização e reaparelhamento das Unidades de Saúde do Estado e a capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais da área. O número de leitos ofertados à população aumentou 3%, embora o número de unidades sob a responsabilidade do Estado tenha diminuído em função do processo de municipalização do sistema de saúde. Com isso, a adoção do modelo de gestão exercido pelas Organizações Sociais – OS, na saúde, se encaixava no discurso de um novo modo administrativo, por metas e resultados, e segundo relatórios de gestão, apresentou ao final do triênio melhorias na qualidade dos serviços prestados a população.

⁸⁶ Assim, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado – CIB/BA através das resoluções nº 015/96 e nº 019/96 aprovou a municipalização das ações de saúde de 27 municípios, com isso, a Bahia passou a ter 199 municípios, ou 48% do total, incluídos formalmente no SUS. Em relação aos demais municípios, 61 (15%) estão com o seu processo de adesão sob análise; 18 (4%), cujos processos não foram aprovados, estão providenciando documentação; e 137 (33%) ainda não deram início ao processo. Foram investidos R\$ 25 milhões na construção, recuperação e ampliação de 170 unidades estaduais de saúde, a exemplo daquelas que integram o Programa de Descentralização das Emergências da Região Metropolitana de Salvador. (BAHIA, 1997). E assim, prosseguiu à política de descentralização as ações de saúde, em 1998, quando a SESAB transferiu mais 250 unidades de saúde aos municípios, intensificando o processo de habilitação, possibilitando ao Estado repassar recursos diretamente para os Fundos Municipais de Saúde. Nesse momento, 344 municípios (82% do total) já estavam como responsáveis pela gestão na área da saúde, desse total 6 estavam habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema e os demais como Gestão Plena da Atenção Básica. (BAHIA, 1999). O fluxo apresentado para habilitação de cada município tinha como instância final de aprovação a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, garantindo assim os repasses financeiros diretamente para os Fundos Municipais de Saúde - FMS. Em relação as NOB's anteriores, essa traria como novidade, no papel do gestor estadual, a responsabilização na atuação estratégica quanto ao “*desenvolvimento de recursos humanos*” (BRASIL, 1996, p. 10).

⁸⁷ Com essa orientação, entre 1995 e 1996 obteve-se o crescimento de 47% no aleitamento materno, 44% na assistência clínico-ginecológica e 35% na assistência pré-natal. Também, em 1996, as campanhas de multivacinação e o incentivo a vacinação de rotina das crianças menores de cinco anos e mulheres em idade fértil elevaram os índices de cobertura vacinal em 95%. (BAHIA, 1997).

⁸⁸ O Governo Federal elegeu o 1997, como “O Ano da Saúde no Brasil” para isso compreendia a mudança do modelo atenção, através da implantação do PSF (ALELUIA *et al*, 2006, p. 119).

As ações preventivas de assistência à saúde da mulher e da criança foram priorizadas. Através da vacinação de rotina e das campanhas de vacinação foi possível reduzir a incidência de doenças imunopreveníveis além de manter erradicada a poliomielite no Estado. O PACS, em especial, obteve um resultado na redução da mortalidade infantil em 62%, nos 171 municípios baianos onde já fora implantado. (BAHIA, 1998).

6.4 Na CENDHRU apenas continuidade

Desde o início do governo, o Secretário de Saúde Dr. José Maria de Magalhães Netto⁸⁹, foi um entusiasta das políticas de formação de recursos humanos. Atuou de forma singular apoiando a iniciativas e cursos que a SESAB esteve promovendo.

Na área de recursos humanos, a SESAB após um crescimento paulatino na década de 80, passou por uma ampliação mais significativa com a descentralização das ações de formação na década de 90. Destaque deve ser feito para a qualificação dos mecanismos de gestão da Escola de Formação Técnica,

No final dos anos de 1990, um novo modelo de gestão de recursos humanos ganhava espaço nas organizações, exigindo do trabalhador uma postura voltada para o auto-desenvolvimento e a aprendizagem contínua. A exigência de um trabalhador mais flexível criou a necessidade de uma formação mais complexa (ALELUIA *et al*, 2006, p. 119).

Para o Secretario Estadual de Saúde, a prestação de serviços de qualidade à população passava, necessariamente, pela qualificação e valorização dos servidores estaduais. Por isso, durante todo o ano de 1996⁹⁰ a CENDRHU buscou estimular funcionários e técnicos da SESAB através de atividades de instrumentalização, capacitação, educação continuada e informação em saúde. Em decorrência do convênio

⁸⁹ Jose Maria de Magalhães Netto – Nasceu em 1924 em Salvador Matriculou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1943 e por ela foi diplomado em dezembro de 1948. Fez-se Professor Livre Docente e Professor Titular de Obstetrícia. Foi diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia de 1984 a 1988 e diretor da Maternidade Climério de Oliveira de 1984 a 1991. Foi Secretário da Saúde do Estado da Bahia por duas gestões sucessivas, falecendo em 2002.

⁹⁰ Para o ano seguinte, capacitação de recursos humanos seguiu com 4.697 servidores do SUS, nas diversas áreas de ação. Os cursos de especialização promovidos, através de convênio com universidades estaduais, tiveram por objetivo formar profissionais capazes de atuar na área de Saúde Coletiva de forma reflexiva e crítica, destaque para formação de especialistas para o Sistema Único de Saúde, em parceria com a UEMS e a UFBA. Além dessas especializações outras nas áreas de Assistência Farmacêutica, Gestão Hospitalar, Direito Sanitário e Saúde Coletiva, realizado para o PACS pelas Universidades Estaduais (UESC, UEMS e UESB) e a Universidade Federal, através do Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Além dessas ações, ainda na área de pós-graduação, as atividades da Residência Médica, a cargo da Divisão de Capacitação – DICAP/CENDRHU, manteve atividade em 7 hospitais da rede própria e em 6 hospitais de instituições conveniadas. (BAHIA, 1998).

de cooperação técnica entre SESAB/ISC/UFBA efetuou treinamento para 1.210 técnicos e dirigentes dos três níveis (central, regional e municipal) para o processo de municipalização com a realização de 39 eventos. O Programa Integrado de Residência Médica, com atividades distribuídas em dois anos, R1 e R2, a SESAB prosseguiu com a formação de especialistas, distribuídos em 13 hospitais da rede pública do SUS, acompanhando 170 em R1 e 114 em R2, totalizando 284 residentes médicos (BAHIA, 1997).

O Relatório do ano de 1998 indica que a EFTS, vinculada à CENDHRU, enfatizou a formação de recursos humanos de nível médio na área de enfermagem. Assim, foram realizados cursos em diversas unidades estaduais, tanto na capital quanto no interior, através de parceria entre a SESAB, a Fundação Nacional de Saúde - FNS, Prefeituras Municipais e/ou Instituições Filantrópicas. Continuou com o propósito de contribuir para reorganização dos serviços de saúde e a valorização do servidor, dando continuidade as ações de qualificação, requalificação profissional e supervisão dos cursos descentralizados para auxiliar de enfermagem – CDAE (BAHIA, 1999).

De uma forma geral, na capacitação de recursos humanos, as ações desenvolvidas pela CENDRHU estavam orientadas para o processo de descentralização da saúde, visando à melhoria gerencial dos serviços públicos e a capacitação dos conselheiros municipais para fortalecer o controle social no SUS.

Apesar dos avanços na preparação dos recursos humanos para o processo de municipalização, não foram significativas as demandas originárias das secretarias municipais de saúde por mais treinamentos, cursos e informações sistematizadas, especialmente quanto aos processos relacionados ao gerenciamento e controle social no SUS. Havia um descompasso entre a necessidade de qualificação dos processos administrativos e gerenciais e a compreensão dos gestores municipais.

[...] eram poucos convênios, alguns mais ligados a Universidade Federal da Bahia, para alguns cursos de especialização, em parceria com a Secretaria da Saúde. Nós não tínhamos muito recursos para a formação de Recursos Humanos, apenas os recursos pré-definidos para essa área, que eram para pagamento dos residentes, em números muito limitados, de forma que nós começamos exatamente a fazer a Formação Especializada de Nível Superior [...] a partir de noventa e nove, porque antes tínhamos alguns contratos, alguns convênios, por exemplo, da Residência Uniprofissional em Saúde que era

praticamente ligado ao Instituto de Saúde Coletiva [...] ⁹¹
(Entrevistado 06).

O desenvolvimento das atividades de Recursos Humanos, através das gerências Divisão de Apoio e Instrumentalização de RH (DIAPIN), Divisão de Capacitação (DICAP), Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) e a Divisão de Comunicação e Documentação (DICOD), desde 1997, priorizavam a descentralização das ações de saúde, orientação contida no Plano Estadual de Saúde 1996-1999 ⁹².

Ainda na perspectiva de apoio a implantação do SUS, fora desenvolvido o projeto de teleconferência para a municipalização com o objetivo de interação da SESAB com os municípios do Estado da Bahia ⁹³.

Neste período pôde-se perceber que a atuação dos aparelhos formadores esteve, mais uma vez, orientado pela construção das políticas federais, induzindo a parceria entre a SESAB e as Universidades no estado para a realização de processos de formação.

A organização dos processos de descentralização e municipalização, a partir da X CNS, da NOB 01/96, bem como, as bases estabelecidas para a NOB-RH/SUS trouxeram orientações importantes para construção das políticas nos estado, principalmente para continuidade da implantação e expansão do PACS e do PSF. Para os aparelhos formadores, a organização de processos nacionais permitiu o crescimento e fortalecimento de suas estruturas, dentro do bojo institucional, com isso, favorecendo o surgimento da Rede de Escolas de Formação Técnica do SUS – RET-SUS.

6.5 A crise no carlismo baiano-nacional (1999 a 2003)

O alinhamento político que havia na Bahia, segue com a eleição de mais um membro do grupo carlista. Mais uma vez fica marcado nas urnas o poder do grupo comandado por ACM. O PFL, repetindo sua caminhada com o PSDB, mantém-se como

⁹¹ No entanto, diversas ações foram desenvolvidas como, por exemplo, os cursos de atualização em Gestão Municipal na área da Saúde, em parceria com o ISC/UFBA; curso de especialização em Saúde da Família, também com o ISC/UFBA; curso de especialização em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde – Projeto GERUS, em convênio com a UEFS; e o Curso de Atualização de Recursos Humanos – CADRHU. (BAHIA, 1999, v. 2).

⁹² O foco das ações, naquele quadriênio foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e processo de municipalização da saúde, para isso, a DIAPIN elaborou o Manual de Orientação do Gestor, para apoiar aqueles servidores que eram dirigentes de unidade de saúde. Esse documento continha informações sobre o Sistema Único de Saúde, e apresentava os modelos de regimes aplicados nas Diretorias Regionais e Unidades Hospitalares e normas e rotinas administrativas. Além desse manual, o DIAPIN, para melhor integrar o servidor, instrumentalizou 50 Núcleos de Recursos Humanos das Unidades Hospitalares e DIRES da secretaria, para realizar um treinamento introdutório, no qual fora apresentado à estrutura organizacional da SESAB.

⁹³ Nesse momento a Divisão de Capacitação cumprindo a programação estabelecida desenvolveu um conjunto de treinamentos e ações de Educação Continuada para profissionais de saúde, gestores municipais, representantes de usuários do SUS e instituições da área de saúde, com destaque também para o processo de municipalização, conforme a tabela de treinamentos refere (BAHIA, 1999, v. 2).

legenda importante no estado, decorrência inclusive da força acumulada no cenário nacional onde também obtivera vitória com a recondução de FHC para mais um mandato (1999-2003).

No entanto, os anos de 1999 a 2002 seriam marcados por administrações de crises, desde o início. A racionalização de métodos cedeu e retornou, transitariamente, ao estilo de mando unipessoal de ACM. A expansão regional do grupo estancou, além de ter diminuído sua influência na política nacional. Reforçou-se a percepção do governo do Estado, como um departamento do carlismo, e a impressão de que tudo voltara ao último ponto de recomeço, isto é, ao apelo carismático de 1990 (SOUZA & NETO, 2006).

A perda prematura de seu filho, Luis Eduardo, em 1998, desorientou e promoveu rachaduras⁹⁴ na política carlista. Deflagrou uma erosão do poderio do seu grupo, agravada pela conduta assumida por ACM. Cometeu atos fragilizadores de sua retaguarda política, até então sólida e vinculada a uma hegemonia que pôde retardar a implosão do grupo, mas não evitá-la. A impermeabilidade da hegemonia carlista cedeu aos fatos e ao proveito que deles tiraram adversários e aliados, antigos e novos (SOUZA & NETO, 2006). E mesmo com a vitória nas urnas, o grupo não escapou da erosão. O carlismo amargou a derrota das eleições para a capital baiana, vencida pela oposição em 2004, além de ver crescer os grupos de esquerda em todo o estado.

No entanto, como contradição, mesmo com a erosão, o carlismo viu sua radicação social na Bahia, pois, sem admiti-la, a sociedade baiana, deu ao grupo a mesma retaguarda eleitoral no patamar anterior (históricos 30%). Mesmo com a suprimida aura do poder, mantinha uma força local. O então governador eleito César Borges, teria o desafio de conduzir sua gestão em meio a um cenário menos favorável, ao que representantes do grupo estavam acostumados. Mesmo assim, manteve o discurso orientado para as inovações necessárias para administração pública no Estado.

Ao final do primeiro ano afirmava em discurso que a ação do estado em cumprir totalmente os parâmetros da Lei de Responsabilidade Fiscal foi meta atingida com a colaboração dos poderes, Legislativo e Judiciário. Afirmava que a Bahia estava “no

⁹⁴ Os primeiros reflexos das derrotas feriram a aura da onipotência e infalibilidade que cercava o poderio carlista (DANTAS NETO, 2001). Privado desse anteparo mitológico, o grupo ficou à mercê da pura lógica dos interesses. Por isso, à medida que refluía seu peso em Brasília, começou a perder também o controle sobre importantes recursos de poder na Bahia: rompimento com o PMDB; defecção de deputados; confronto com o Movimento Estudantil; greve radical das polícias estaduais; oposição de *A Tarde*, principal órgão da imprensa escrita da baiana; limitação, pela Rede Globo, do uso político da sua repetidora na Bahia, propriedade da família Magalhães, e perda do controle sobre o TCE e a cúpula judiciária do Estado, tudo isso formando uma cadeia de eventos erosivos, que se precipitaria sobre o cenário eleitoral de 2002 (NETO, 2006).

caminho certo” desde que o então governador Antônio Carlos Magalhães propôs, em 1991, um novo projeto para o Estado.

A Bahia está se desenvolvendo, crescendo, enfrentando, vencendo e renovando desafios, sempre na busca de um modelo de desenvolvimento sustentado, que se reverta em efetiva melhoria da qualidade de vida do nosso povo (BAHIA, 2001, p. 3).

O governador ainda referiu que a política financeira do Estado possibilitou a elevação do nível de investimentos públicos, favorecendo a continuidade de programas como o: *Educar para Vencer, Bahia Azul, Produzir, e Produzir*⁹⁵ (BAHIA, 2001).

Por outro lado, o governo concentrou também esforços nas ações preventivas através do PACS/PSF e de ações como de imunização.

Estou convencido de que a área da saúde, no Brasil e na Bahia, exige transformações inovadoras e radicais, de modo a superar as antigas práticas e a estabelecer modelos de gerenciamento que permitam, efetivamente, a prestação de serviços de melhor qualidade a população. [...]

[...] Um método eficiente, já comprovado entre nós é o da atenção a saúde da família. Uma das metas do meu governo será expandir o Programa de Saúde da Família (BAHIA, 1999, p. 7).

A nova organização dos serviços de saúde residia na implantação de um nível de atenção primária universal e de qualidade, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Com isso, a Bahia acompanhava, em parte, o que a XI Conferência Nacional de Saúde (2000) promoveu com o debate “*Efetivando o SUS Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*” e trouxe para a cena nacional a reflexão que se, de um lado, os profissionais de saúde não eram responsáveis pelas dificuldades em que se encontrava o SUS, por outro a população era punida pela política de recursos humanos, vigente “ou ausente”. A dificuldade evidenciava-se na demora da elaboração da NOB de Recursos Humanos, deliberada na X CNS, em 1996, e que se encontrava na terceira versão preliminar e ainda carregada de polêmicas.

⁹⁵ A partir do processo de reformulação do sistema de saúde na Bahia, os relatos apontavam que o objetivo era garantir maior eficiência de atendimento nas unidades da rede pública. Na direção de consolidar o processo de municipalização das ações de saúde, estimulando e fortalecendo os municípios na gestão de seus sistemas, transferindo aos municípios a gestão de hospitais, centros de saúde, postos de saúde, casas de parto, ao tempo que também se investiu um montante de R\$ 18,8 milhões em obras da rede física de saúde, acrescentando 1.795 novos leitos à rede pública. (BAHIA, 2001).

Prevalecia a inadequação da formação e capacitação de RHS. O currículo das escolas de profissionais de saúde não incluía como prioridade as ações de atenção básica. Os profissionais permaneciam sendo formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não era o único perfil necessário para o SUS. A lógica estimulava o abuso do diagnóstico, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera dos usuários, dificultando o acesso. Não havia, também, uma política adequada de formação de profissionais de nível médio. E ainda,

A questão dos recursos humanos soma-se à falta de vagas para algumas categorias a impossibilidade de preenchimento em outras, por falta de atrativos econômicos e/ou locacionais, como acontece com a categoria médica. Apesar da necessidade de profissionais com visão de Saúde Pública, não se remunera nem se estimula a formação dos mesmos. A valorização das carreiras generalistas não tem acontecido. A falta de humanização do atendimento decorre, ainda, da falta de recursos que possam sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores da Saúde. É também apontada a ausência de políticas que estimulem a permanência do profissional no interior do País, com concentração dos mesmos nas áreas mais urbanizadas. (BRASIL, 2001, p. 40-41).

Dessa forma, cristalizavam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional no ordenamento da formação, persistindo as inadequações dos RHS, e as dificuldades para a implantação e desenvolvimento efetivo do Sistema, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e a interiorização dos RHS.

6.6 A Reforma Administrativa que criou a SUPECS e o surgimento da EESP

No começo do governo, o Estado passou por mais uma reforma administrativa, e através do Decreto nº 7546 de 23 de abril de 1999 a SESAB mudou seu regimento. Entre as mudanças, foram extintos a CENDRHU e o Centro de Informação em saúde - CIS, sendo criada a Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde - SUPECS.

Com essa nova reestruturação foram desativadas algumas estruturas, como DIAPIN e o DICOD. Além disso, a UFORTEC, passaria não mais compor o organograma efetivando-se a EFTS como componente da SESAB. Criou-se o Departamento de Educação Permanente – DEPS, responsável pelas ações de formação para o nível superior

e a articulação com o controle social. Este departamento, posteriormente originaria a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP).

Além de executar e supervisionar as atividades de capacitação, a Superintendência criada passou a planejar, elaborar estudos e projetos, propor políticas de formação de recursos humanos e executar a parte de informação e comunicação em saúde⁹⁶. Através da SUPECS, criou-se um grupo de trabalho para elaboração do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde⁹⁷.

As atividades de educação continuada, comunicação e informação em saúde foram priorizadas através de suas duas Diretorias (DEPS e DICS), da Escola de Formação Técnica e o Projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família

A SUPECS/SESAB em parceria com as Universidades Estaduais (UNEB, UESC, UEFS, UESB), com a UFBA (ISC e Escola de Enfermagem) e com o CONESEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde) realizou ações de formação em capacitação e de pós-graduação (Treinamento Introdutório, AIDPI, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador e Residência Multiprofissional em Saúde da Família) para 3.645 trabalhadores⁹⁸ (BAHIA, 2001).

Para o fortalecimento do SUS, a Superintendência organizou processos de capacitação para as áreas meio da gestão municipal. O objetivo era promover a troca de experiência e aprendizagem a cerca do sistema em seu contexto político-normativo. Com isso, foram realizadas 9 turmas, cada uma com 2 módulos, capacitando 250 trabalhadores da gestão municipal (BAHIA, 2001).

Com a realização da XI CNS, a ampliação de algumas políticas federais marcaria um novo período para o setor de recursos humanos nos estados. Na Bahia especificamente, representaria uma ampliação dos processos de formação com o credenciamento da EFTS pelo Ministério da Saúde para realização da qualificação dos

⁹⁶ Um marco importante, para a história da área de recursos humanos, seria decorrente também de um esforço, para alinhamento com a Política Nacional promovida pelo Ministério da Saúde, em 2001.

⁹⁷ Nomenclatura que designa os trabalhadores de saúde, concursados e lotados na SESAB, no âmbito do governo do Estado. Representa um mecanismo gerencial para a Secretaria de Administração do Estado, através do qual são estabelecidos os parâmetros para de vencimentos, avaliação e progressão nas carreiras profissionais.

⁹⁸ Para formação de especialistas para o SUS também junto com as Universidades foram realizados cursos de especialização (Enfermagem Neonatal, Enfermagem Obstétrica, Metodologia de Assistência em Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU e na Residência Médica) para 565 profissionais. (BAHIA, 2001). O Projeto de Incentivo ao Controle Social beneficiou 71 municípios do estado, capacitando 1051 cidadãos que estariam aptos a atuar nos conselhos municipais e locais de saúde. Além desse processo de formação o projeto também permitiu a mobilização 667 conselheiros (segmento usuário, trabalhador e gestor). (BAHIA, 2001).

profissionais de nível médio, através do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE⁹⁹.

Ampliaram-se os processos de formação profissional para níveis, técnico e básico. Mas, sem dúvida, a grande força de mobilização era a formação de Auxiliares de Enfermagem, tanto que nesse ano foram formados, 2038 auxiliares, através dos convênios do SESAB/PM/IF e EFTS/PROFAE/MS (BAHIA, 2001).

Com a experiência acumulada no DEPS, ao longo desse primeiro momento suscitou a identificação de novas necessidades em particular na área de gestão e de atenção a saúde (ALELUIA *et al*, 2006):

[...] dentro da Secretaria de Saúde, era muito pequeno pra poder então pensar em Educação Permanente, porque tínhamos aqui, até do ponto de vista de estrutura física, uma pequena sala, onde vinte técnicos passavam durante o dia, sem muita coisa a fazer nesse espaço físico pra poder ser organizados, e também não podiam levar a discussões maiores porque não havia uma proposta de Educação Permanente fortalecida a partir da própria Superintendência, e aí a gente começou se angustiar muito com aquilo, é quando a gente então começa a abrir espaço pra criação de uma Escola de Saúde Pública [...] (Entrevistado 06).

No final, de 2001, dá-se a concepção da Escola Estadual de Saúde Pública “Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP), com

[...] a finalidade precípua de executar a Política Estadual de Recursos Humanos do SUS,, no que se refere à Política de Educacional. Esta, escola, portanto, foi concebida para preparar profissionais de nível superior para atuar como formadores, nos vários níveis do Sistema Único de Saúde, em parceria com as instituições de ensino e pesquisa presentes no Estado, viabilizando, tal com previsto na legislação federal, [...] a transformação de toda rede de gestão e de serviços em ambiente-escola (ALELUIA *et al*, 2006, p. 121).

Em 2002, a decisão político-administrativa interna da SUPECS pela criação da EESP, toma forma com a modificação no Regimento da SESAB, através do Decreto nº 8.392 de 12 de dezembro de 2002. Com as alterações o DEPS, deixou de existir,

⁹⁹ O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profiae) do construído pelo Ministério da Saúde, juntamente com CONASS e CONASEMS, atendendo a uma reivindicação da entidades de enfermagem, para responder a necessidade de formação dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, que realizavam ações próprias da enfermagem, sem a habilitação técnica profissional necessária para o exercício dessas ações, além de uma quantidade expressiva de trabalhadores em exercício nas ações de enfermagem sem escolaridade básica.

passando suas funções a serem exercidas pela EESP. Permaneciam na SUPECS, apenas as duas escolas, EFTS e EESP, ambas com status de Diretoria.

[...] na história toda de Zé Carlos, o sonho dele sempre foi a Escola de Saúde Pública, na época até achei que era um sonho muito grande, mas ele sempre trabalhou para isso, porque tinha Escola Técnica, mas não tinha uma escola pra formar e certificar o nível superior [...] a certificação mesmo dos cursos a gente podia fazer em parceria muito com as Universidades, mas faltava algo[...] (Entrevistado 06).

Os maiores obstáculos para a estruturação da área de recursos humanos da SESAB, envolveram, no início, a visão restrita em se idealizar sua competência, seu papel, os condicionantes políticos, administrativos e organizativos revelados pela fragilidade das estruturas.

[...] não havia, na verdade, nenhuma compreensão do que seria desenvolvimento de Recursos Humanos, e não havia, sobretudo, vontade política em fazer alguma coisa pela formação de Recursos Humanos, na área do Estado da Bahia, então esse momento pra gente, era um momento de mostrar, que a partir dele nós podíamos transformar a Secretaria de Saúde, dando um novo lugar ao processo de Formação em Educação[...] (Entrevistado 06).

A SUPECS/SESAB continuou em 2002 a parceria com as Universidades Estaduais, com a UFBA e o CONESEMS para realização de atividades de formação e capacitação (Treinamento Introdutório, AIDPI, Saúde Bucal, Saúde Mental) e de pós-graduação em Saúde da Família (Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Programa de Interiorização do Trabalho de Saúde – PITS¹⁰⁰ e Especialização em Saúde da Família¹⁰¹) para 6.060 trabalhadores (BAHIA, 2002).

Para formação de especialistas para o SUS, reeditou Cursos como o de Enfermagem Neonatal, de Metodologia de Assistência em Enfermagem, de Saúde do Trabalhador, de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU e a Residência Médica¹⁰², especializando para 667 profissionais (BAHIA, 2002).

¹⁰⁰O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, do Ministério da Saúde era uma proposta que pretendia atender às populações de municípios com serviços precários de atenção à saúde, incentivando médicos e enfermeiros a trabalharem em seus territórios, por meio de melhor remuneração e da oferta de formação profissional aos participantes.

¹⁰¹ Realizado através da parceria entre: SESAB/ISC-UFBA/UEFS/UESC/EBMSP-FDC.

¹⁰² Nesse ano para o R1 foi oferecido 275 vagas distribuídas em 29 áreas de especialidade.

Nesse ano surgiu o projeto de Capacitação e Educação Continuada nas Urgências, decorrente da publicação da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências que aconteceu de forma descentralizada e teve turmas nos municípios de Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Jequié, Itabuna e Camaçari, e capacitou 1.047 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outras categorias (BAHIA, 2002).

A EFTS foi agraciada com o prêmio de Inovação Educacional da UNESCO e do Ministério da Saúde. Esse processo foi decorrente do Projeto UNESCO/PROFAE de Incentivo à Gestão Escolar de Qualificação Profissional seleção feita através da pesquisa conduzida pela UNB e a premiação ocorreu durante o Fórum Nacional do PROFAE, em 2002.

Nesse cenário, apesar da aparente priorização da área de recursos humanos demonstrada pelos cursos e projetos, houve cortes financeiros e também desativação de alguns setores administrativos que eram estruturas importantes para a área de recursos humanos. Ainda como obstáculo, percebeu-se a dificuldade de concretizar estruturas de desenvolvimento de recursos humanos em instâncias descentralizadas (DIRES) e em alguns momentos nas parcerias com as universidades.

[...] diria que o grande desafio primeiro foi no início passar para os nossos gestores, que a Secretaria de Saúde precisava pensar num novo momento, tentar passar essa nova fase na necessidade de Formação de Recursos Humanos para os Gestores, depois a segunda luta foi buscar a Universidade como órgão formador, do próprio técnico da Secretaria da Saúde, e outro foi financeiro [...] a gente não tinha recurso, e o recurso que se conseguia, na verdade, as vezes era suficiente apenas para se dar um curso no ano. (Entrevistado 06).

Em termos de estruturação para a SESAB, a nova Superintendência não agregou novidades quanto às funções, criando apenas uma especificação quanto à formação do ensino superior, responsabilidade atribuída a EESP.

De forma geral, atividades que foram extintas, acabaram comprometendo a área de recursos humanos, que já apresentava um déficit no quantitativo de profissionais, e, por conseguinte no número de processos de formação. Num aspecto mais amplo de articulação intersetorial, também não houve novidades. A limitação política da área era evidente, o que se identificava era um isolamento político do gabinete da SUPECS, em relação às demais diretorias que a compunham (ALELUIA *et al*, 2006).

Mas a estratégia que acabou sendo desenvolvida para área de formação de RHS esteve pautada nesse período na parceria com as universidades no estado e a partir dos projetos nacionais que foram desenvolvidos (PROFAE e PITS).

6.7 O Final do ciclo Carlista (2003 a 2006)?

A eleição de 2002 trouxe marcas profundas da erosão do carlismo no Estado. Mesmo elegendo numerosa bancada legislativa, federal e estadual, já apareciam novos sinais de crescimento da esquerda, principalmente do PT com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, para Presidência da República. No horizonte político baiano, o que estava anunciado era a perda do poderio carlista (SOUZA & NETO, 2006).

A ampliação da erosão do carlismo cresceu até 2005. Os espaços perdidos não foram retomados e abriu-se uma nova temporada de revezes, a partir das denúncias¹⁰³ que, além de provocarem desgaste a figura de ACM, envolveriam a administração e a estrutura do governo baiano¹⁰⁴.

Seria um momento de crises, analisados os resultados eleitorais de 2002. Ter-se-ia um cenário de recomposição das forças políticas no estado, isso porque outros partidos começariam entrar em cena, e com mais força. Se de um lado, o Governador eleito Paulo Souto¹⁰⁵ teria a bancada pefelista alinhada ao seu comando, de outro lado encontrava-se uma bancada oposicionista que era conduzida pelo PT. A situação governista se mostrou momentaneamente mais favorável, porque ainda no começo do governo existia a aliança entre PFL e PSDB, devido ao pragmatismo político do governador e do prefeito da capital, dirigente da sigla, Antônio Imbassahy (SOUZA & NETO, 2006).

Na saúde, a proposta era expansão quantitativa e qualitativa da cobertura de saúde no estado para assegurar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, e também

¹⁰³ Os episódios de escutas telefônicas ilegais realizadas por agentes do governo baiano contra adversários políticos e desafetos pessoais de ACM, denunciadas em 2003.

¹⁰⁴ Se antes, ACM já havia renunciado seus planos imediatos de expansão, agora renunciava também ao enquadramento hierárquico de seus quadros e se tornava refém de estratégias defensivas, dependentes de acordos internos, num grupo antes monolítico. A estrutura partidária, do carlismo decresce, e o PFL voltaria ao seu tamanho próximo à origem. Contraste oposto ao “metapartido” que fora considerado outrora, justamente por conta dos partidos que eram aliados de forma simbiótica, e que foram deixando o grupo carlista, e se declarando aliados, porém com ressalvas, como o caso do Partido Progressista – PP, independentes com algumas identificações, como se tornou o Partido Liberal – PL; ou mesmo de oposição ao grupo carlista, como o Partido Trabalhista do Brasil – PTB. (SOUZA & NETO, 2006).

¹⁰⁵ Em sua segunda gestão Paulo Souto teria dificuldades, mas seguiu propondo o que chamou de agendas intersetoriais de desenvolvimento e sustentabilidade. As ações que o Governo da Bahia apresentou para aquele momento no seu Plano Plurianual, período de 2004 a 2007 apontava projetos que seriam desenvolvidos nos eixos “*Qualidade de Vida e Promoção da Cidadania*”, que apresentava programas como: “Educação para Todos; Mais Saúde; Saneamento é Vida; Energia e Comunicação para Todos; Viver Melhor; Bahia Igual para Todos; Educação Nota 10; e Dinamização da Cultura e Difusão do Esporte e Lazer.” (BAHIA, 2003).

aos procedimentos de média e alta complexidade. As metas qualitativas visavam à obtenção de avanços na humanização do atendimento, na capacitação de recursos humanos e no processo de reorganização da assistência, privilegiando as estratégias de saúde preventivas.

Desde o início do governo, foram realizados rearranjos na área da saúde, com destaque para o processo de reestruturação organizacional da Secretaria de Saúde do Estado – SESAB, para adaptar-se às novas funções assumidas em decorrência da habilitação na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde.

O investimento das novas atribuições da SESAB, no desenvolvimento do SUS, possibilitou a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, organizando o estado de forma hierarquizada em 7 macrorregiões de saúde, 31 microrregiões e 122 módulos assistenciais. Essas ações foram concretizadas através da Programação Pactuada Integrada, entre todos os municípios (BAHIA, 2004).

O ano de 2004 teve como marco principal ações para descentralização da gestão e implantação das redes assistenciais, buscando regionalizar a assistência e garantir a integralidade das ações e serviços de saúde. Cabe ressaltar a implantação da Central de Regulação da Saúde, que agregou a função regulatória no sistema estadual de saúde, contribuindo para melhor acompanhamento da oferta de leitos no Estado.

Na área da Atenção Básica à Saúde os esforços foram centrados no PSF, presente em 229 municípios e um total de 1.409 equipes e mais 20 mil Agentes Comunitários de Saúde, com investimentos de R\$ 17 milhões, dirigidos ao custeio das equipes do programa (BAHIA, 2004)¹⁰⁶.

No ano anterior ocorreu a XII CNS (2003) - “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”, onde no eixo temático VI estava o debate sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde como uma competência constitucional e legal do SUS. Nessa conferência foram traçadas propostas políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do governo e dos trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão da educação, em parceria com o Ministério da Educação e nas três esferas de governo, envolvendo os setores públicos e privados que compõem o SUS. Para isso, caberia levar em conta os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e da

¹⁰⁶ O Pacto da Atenção Básica, celebrado com os gestores municipais do SUS, ao longo de 2003, constituiu os programas de atenção coletiva às populações, através de ações na prevenção, promoção e vigilância, além de importantes intervenções no saneamento básico, resultando na evolução positiva dos indicadores de saúde. (BAHIA, 2004).

Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), consolidados no documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”.

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar recursos humanos para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão e do cuidado. A expansão de projetos como a Estratégica de Saúde da Família evidenciou as limitações atuais da formação profissional como um ponto de estrangulamento na implementação do sistema.

Assim, a constituição de estratégias para ampliar a pactuação de projetos de formação e descentralização de recursos financeiros, para serem investidos de forma eficiente, como os Pólos de Educação Permanente em Saúde¹⁰⁷, deveriam permitir processos de formação para os RHS,

- projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS [...]

- a profissionalização técnica, na qual as Escolas Técnicas de Saúde cumpram o papel fundamental de escolarização, qualificação, habilitação profissional e educação permanente para agentes, auxiliares e técnicos das várias áreas do setor saúde. (BAHIA, 2004, p. 28).

Com essas diretrizes seriam desenvolvidos os projetos de formação e capacitação nos estados nos anos seguintes, objetivando formar equipes multidisciplinares e multiprofissionais para o SUS. Contudo, a percepção de dirigentes da área de RHS reiterava dificuldades para o seu desenvolvimento:

[...] os secretários sempre foram ajudando, apoiando [...] não tinham a compreensão, as vezes não priorizavam, mas também respeitavam o desenvolvimento da área de recursos humanos. [...] durante a gestão, na área de Recursos Humanos, e para essa estruturação do projeto, quem contribuiu muito foi Anete Barreto e Tânia Celeste, que já foram daqui da SESAB, [...] outro mentor, foi o consultor Renilson Rehem[...] a Tânia me ajudou mesmo depois de montada a estrutura [...] contratei ela para ser Consultora em Recursos Humanos [...] (Entrevistado 05).

¹⁰⁷ Os Pólos representavam o resultado da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde. (BAHIA, 2004)

6.8 A atuação de duas Escolas: EESP e EFTS

Desde o PPA intitulado “Bahia: Desenvolvimento Humano e Competitividade”, o governo apontava a questão da “Formação de Especialistas para o SUS e Formação de Profissional em Saúde no Nível Básico”. Para isso a SESAB desenvolveu ações de educação continuada através da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Neto – EESP e da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis – EFTS (BAHIA, 2003).

[...] o novo Secretário, Doutor José Antonio, trouxe a possibilidade de fortalecer as Secretarias Municipais de Saúde, pela formação de Recursos Humanos, e ele então começou a liberar técnicos e recursos financeiros da secretaria, para poder então articular com as prefeituras [...] nesse momento é que a gente começa a fazer um trabalho maior, junto aos municípios e as DORES, mas como sempre, inoperantes, as DORES não conseguiram avançar na Formação de Recursos Humanos em todos os municípios, então o esforço foi direcionado sobretudo para as grandes diretorias que a gente conseguia trabalhar (Entrevistado 06).

A EESP, com objetivo de capacitar seus técnicos para o desenvolvimento de suas funções específicas, investiu no processo de reestruturação de suas atividades, funções e serviços, através de plenárias, oficinas, sessões técnicas e cursos. Ao longo do exercício foram realizadas diversas atividades para formação de especialistas para o SUS.

Na consolidação do processo de formação para recursos humanos na Bahia, tanto a EESP com a EFTS cresceram com a política do Ministério da Saúde, denominada “Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde”, articulando a formação e desenvolvimento de estudantes, profissionais e da sociedade civil e engajando a função do controle social no SUS, através dos Pólos de Educação Permanente do SUS¹⁰⁸.

A Rede dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado¹⁰⁹, foi conformada por espaços regionais de formulação e negociação de políticas de formação

¹⁰⁸ Estes pólos deveriam se constituir como espaços privilegiados de articulação e pactuação entre as instituições de ensino e serviços, como representantes de conselhos de saúde, entidades representativas de profissionais e estudantes da área de saúde, organizações não governamentais, gestores, universidades, escolas de formação técnica e demais instituições de educação para o trabalho no âmbito do SUS.

Dentre os seus propósitos estavam analisar, debater e aprovar as propostas de reformulação do ensino de graduação, formação profissional e institucionalização do processo de educação permanente para trabalhadores da rede SUS, nos eixos: cuidado gestão e controle social e educação popular (BAHIA, 2004)

¹⁰⁹ Na constituição do programa de educação permanente e da rede estadual de pólos, foram observados os seguintes princípios do SUS: 1. Conteúdos pedagógicos integrados frente a diversidade de necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde, atendendo a integralidade da atenção; 2. Intersetorialidade, sentido de incorporação de práticas e saberes de diversos setores e instituições nos projetos pedagógicos, que possam contribuir para formulação ampliada da concepção de saúde; 3. Equidade, na distribuição dos recursos no estado, a partir do planejamento de ações e projetos pedagógicos que visem contemplar as necessidades da totalidade dos

e desenvolvimento de trabalhadores e comunidade para o SUS através de processo de pactuação entre os diversos atores que o constituam, coerentes com os princípios do SUS, com as necessidades sociais de saúde da população e com os princípios que orientam a concepção da educação permanente.

A ações desenvolvidas tanto pela EESP como pela EFTS, passaram a considerar em seus processos pedagógicos as práticas de saúde e as metodologias problematizadoras como eixos do processo de ensino-aprendizagem. E as relações entre os pólos e as instituições que o constituíam deveriam pautar-se pela cooperação, co-responsabilidade e o financiamento das ações e projetos assegurando a pactuação entre os gestores do SUS nos três níveis.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado da Bahia¹¹⁰ começaram a ser implantados a partir da pactuação e aprovação do Projeto de Conformação da Rede de Pólos da Bahia pela Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde em janeiro de 2004, pela Resolução de n°08/2004 e n° 01/2004, respectivamente.

Ressalte-se que a implantação e organização dos pólos não se deu da mesma forma em cada base locorregional, definido a partir da participação das Universidades , das Secretarias Municipais de Saúde e da Escola Estadual de Saúde Pública, coordenadora do processo de implantação:

[...] tínhamos a Universidade Federal da Bahia, que além do Instituto de Saúde Coletiva, a Escola Faculdade de Educação, a Faculdade de Odontologia, Faculdade de Enfermagem [...] as Universidades que estavam no Pólo de Educação Permanente sempre davam certa consultoria pra gente, [...] por exemplo, na organização da Escola de Saúde Pública, passamos a pensar a Diretoria Acadêmica, [...] trouxemos o pessoal da UEFS de Feira de Santana, [...] na discussão do Projeto Político Pedagógico [...] trouxemos o pessoal da Escola de Educação, Terezinha Frões¹¹¹ [...] (Entrevistado 06).

municípios baianos; 4. Descentralização do programa de educação permanente a partir da consolidação de uma rede estadual de pólos regionais. 5. Participação social, entendendo que a gestão da rede de pólos deve ser colegiada e participativa, contemplando a representação estudantil (nível médio e superior), da comunidade (conselheiros e movimentos sociais) e dos trabalhadores da saúde. (BAHIA, 2003, p. 32).

As diretrizes para constituição da Rede Estadual de Pólos de Educação Permanente conta com uma política de educação permanente elaborada com adefinição de duas agendas estratégicas: uma para médio e longo prazo, visando o desenvolvimento da educação permanente, e uma agenda de curto prazo, visando responder as necessidades de estruturação da rede de Pólos do estado.

¹¹⁰ A rede estadual de pólos de educação permanente a partir dos critérios geográficos, definindo áreas de abrangência regionais flexíveis, facilitando a realização de projetos integrados tendo como referência a regionalização adotada pelo Plano Diretor Regional-PDR. A proposta de regionalização do SUS-BA implicou o estabelecimento de um modelo organizacional do conjunto do sistema estadual, a partir da delimitação de espaços territoriais que , em alguma medida, se superpõem e articulam.

¹¹¹ Terezinha Frões Burnam Professora da Faculdade de Educação da UFBA. Começa sua vida acadêmica com a graduação em História Natural (atual Ciências Biológicas) na Universidade Católica do Salvador (1968), continua com o mestrado em Educação, na Universidade Federal da Bahia (1976), o doutorado em Filosofia na University of Southampton, Inglaterra (1982) e o pós-doutorado em Sociologia e Política do Currículo, na University of London (1997). Viveu experiências profissionais como professora de Ciências

A EFTS em 2004, no prosseguimento das ações de fortalecimento e consolidação da educação profissional, nível técnico, voltou-se para os trabalhadores do SUS no Estado. Entre suas ações destacam-se: capacitação técnico-pedagógica da equipe multiprofissional; participação na Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS; elaboração da proposta de formação técnica para os ACS em parceria com o COSEMS e a Confederação dos ACS; projeto descentralizado para formação de técnicos em higiene dental – THD; entre outras¹¹² (BAHIA, 2005).

Com a habilitação do Estado em Gestão Plena do SUS, em outubro de 2003, ampliou-se a demanda pelo delineamento do perfil do profissional do Grupo Ocupacional Serviços de Saúde Pública, assim em 2005 foi realizado o concurso público para o provimento de 14 categorias profissionais e um total de 2.507 vagas (BAHIA, 2005).

Com a realização da III Conferência Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2006, o ano anterior seria o momento de realizar as prévias municipais e estaduais. Assim, a SESAB, organizou a partir da Resolução CES nº 009 de 14 de junho de 2005, a 1º Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação e na Saúde – “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”. Teve destaque a recuperação das resoluções das CNS anteriores como subsídio histórico e a sua estruturas nos 2 eixos e seus respectivos sub-eixos: 1) Gestão do Trabalho em Saúde e 2) Educação na Saúde¹¹³(BAHIA, 2005; BRASIL, 2006).

Como desdobramentos dessas diretrizes os anos que seguiram as ações de educação permanente foram desenvolvidas pelas duas Escolas tendo como princípio as resoluções da conferência estadual. A EESP, com realização de curso de especialização, extensão e atualização, estabeleceu parceria com as universidades do estado e qualificou

da escola fundamental e de Biologia na escola média, na rede pública da Bahia (1968-1972) e como professora-produtora para cursos à distância no Instituto de Radiodifusão Educativa da Bahia IRDEB.

¹¹² A EFTS com o objetivo do fortalecimento do processo de educação profissional de nível técnico dos trabalhadores do SUS-Bahia, em 2005, concluiu 51 cursos, formando 1.538 profissionais. E realizou a capacitação para os Coordenadores Regionais da DARES, que deveriam participar do processo de formação técnica dos 24.006 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, nas 8 macrorregiões do estado, atuando como coordenadores locais e instrutores-supervisores. A primeira etapa do projeto previa a formação de 10.986 agentes e em 112 municípios. E na segunda a participação de 13.020 agentes em 315 municípios. Esse foi um momento político importante para EFTS quando foi escolhida pelo Ministério da Saúde como Escola de Referência no país, para participar na Certificação de Competências do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem – PROF/AE/MS. (BAHIA, 2005).

¹¹³ Os eixos com seus respectivos sub-eixos:1) Gestão do Trabalho em Saúde – a) desprecarização do vínculos de trabalho no SUS; b) planos de carreira, cargos e salários para o SUS; c) negociação do trabalho no SUS; d) regulação do trabalho em saúde; e) fortalecimento da capacidade gestora em Estados e Municípios; f) financiamento da gestão do trabalho; 2) Educação na Saúde – a) formalização e execução da educação na saúde; b) pólos de educação permanente em saúde; c) graduação das profissões da saúde orientada para o SUS; d) interação com o movimento estudantil da área da saúde; e) residência especialização em serviço na área da saúde; f) serviço civil profissional em saúde; g) profissionalização técnica em saúde h) formação dos agentes comunitários de saúde; i) interação com os usuários para um trabalho centrado nas necessidades sociais por saúde; j) educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino; l) financiamento da educação na saúde. (BAHIA, 2005; BRASIL, 2006).

718 trabalhadores, através dos Pólos de Educação Permanente situado nas macrorregiões (BAHIA, 2005).

A formação de residentes, sob gestão da EESP chegou ao final do ano, conforme relatório, como a segundo maior Programa de Residência Médica do país, financiando em 70% todas as bolsas pelo Tesouro Estadual, que desembolsou cerca de 7,7 milhões para a sua manutenção. A partir do concurso unificado foram oferecidas 359 bolsas em 26 especialidades distribuídas nos hospitais próprios e conveniados do SUS e mais 51 vagas das Residências Integradas. O Programa tem então uma média anual de 440 médicos residentes distribuídos nos três anos da residência (BAHIA, 2005).

Com a realização de uma revisão do Regimento da SESAB, a SUPECS passou a ser denominada Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH (Decreto nº 10.139 de 06 de novembro de 2006) e a partir desse momento realizou o processo de recadastramento dos servidos da SESAB dos 27.650, conseguindo atingir 95% da meta prevista (BAHIA, 2006).

Ao longo de 2006 visando ao aumento da qualidade dos serviços de saúde ofertados e à melhoria do atendimento prestado a população, realizou através da EFTS e da EESP¹¹⁴, eventos e cursos de especialização, formação e atualização na estratégia da atenção básica, controle social, vigilância a saúde, gerenciamento e assistência hospitalar, na perspectiva de contribuir para a reorganização da atenção a saúde.

O desempenho da EFTS, para o ano de 2006, corresponde ao Compromisso V, Objetivos 1 e 3 da Agenda Estadual de Saúde. Assim a EFTS realizou formação para um total de 4.960 profissionais¹¹⁵ (BAHIA, 2006).

A atuação dos Pólos como estrutura de descentralização e indução de novo modelo de formulação e pactuação de políticas para formação, capacitação e treinamento, estimulou à SESAB a contar com uma rede de instituições pública e privadas, para realizar os seus projetos pactuados no Pólo. E como modelo de atuação em Rede, a participação da EFTS na RET-SUS apoiou a escola no desenvolvimento do processo de profissionalização do nível médio.

¹¹⁴ A EESP para realização de curso de especialização, extensão e atualização, renovou os convênios de parceria com as universidades, com isso, qualificou 1.970 trabalhadores. Na residência, foram investidos, 8 milhões de reais, em 611 bolsas, destas 532 para residência médica e 79 para residência em outras áreas profissionais. No total de bolsas calculadas somente de Residência Médica o estado Bahia havia financiado 1.955, em 36 áreas de especialidade, entre os anos de 2003 e 2006. (BAHIA, 2006).

¹¹⁵ Objetivo 1- Implementar a Reestruturação Organizacional Técnica-Pedagógica da EFTS visando seu fortalecimento institucional; Objetivo 3- Desenvolver Projetos de Educação Profissional de nível Básico e Técnico, voltados prioritariamente aos trabalhadores que atuam sem qualificação específica na área do SUS (BAHIA, 2006, p. 29).

Assim, as escolas desenvolveram experiências de especialização, capacitação e treinamento, com características singulares na organização pedagógica, a partir de sua própria estruturação enquanto aparelho formador, ou seja, em determinados processos atuando como “escola finalística”, quando foi o único realizador do curso. Porém, em outras atividades de formação, foi necessário constituir parcerias com as universidades para a ampliação técnica e pedagógica, atuando como uma “escola funcional”, indutora de políticas e de processos de formação.

7. DISCUSSÃO

*Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
Mas o tempo não pára
Cazuza*

No capítulo anterior procedeu-se a uma narrativa sobre o processo histórico e político no Estado da Bahia, descrevendo cada período de governo nos últimos trinta e cinco anos e destacando fatos relevantes relacionados à reorganização do aparelho de Estado e suas repercussões na SESAB. Em distintos momentos procurou-se estabelecer uma análise do desenvolvimento do aparelho formador nessa organização pública de saúde.

O empenho de recuperar, registrar e analisar as iniciativas voltadas para a constituição desse espaço de formação de recursos humanos em saúde não deve deixar de levar em conta as dificuldades e limitações metodológicas desta investigação. No que diz respeito à análise documental, cabe destacar a falta de zelo no arquivamento do material institucional, com perda de textos possivelmente preciosos para a pesquisa histórica, inclusive com a extinção de setores importantes como a própria biblioteca da SESAB no início do presente século. Quanto às entrevistas com informantes-chave, apesar da sua disponibilidade e acolhimento, devem-se lembrar possíveis vieses de memória.

Nesse caso, as limitações impostas podem ou não vincular-se aos interesses e ideologias dos sujeitos, mesmo que de modo inconsciente. Ou seja, há que se observar o que é possível recordar ou não no entendimento de continuidades e descontinuidades. Os relatos orais não falam por si mesmos de uma forma simples, nem seus significados são auto-evidentes. Por isso, os dados decorrentes da oralidade, podem estar carregados de significados e precisam ser analisados em relação a outros contextos, documentos e mesmo outros testemunhos orais.

No entanto, o maior desafio da história oral é contribuir para que as lembranças continuem vivas e atualizadas, não se transformando em exaltação ou crítica pura e simples do que se passou, mas sim, em meio de vida, em procura permanente de escombros, que possam contribuir para estimular e reativar o diálogo do presente com o passado (BENJAMIN, 1992).

Ainda assim, as investigações têm a necessidade do apoio da narrativa histórica em provas ou evidências, como, por exemplo, os testemunhos que, de certa forma, garantem a aproximação entre história e verdade. Portanto, talvez a maior limitação do estudo seja a organização e a disponibilidade das fontes no acervo da Biblioteca Pública do Estado da Bahia, na Biblioteca da Assembléia Legislativa e no Arquivo Público da Bahia. Embora tenham fornecido documentos oficiais utilizados na pesquisa, apresentaram lacunas que impediram a localização de registros importantes que poderiam agregar mais informações à narrativa.

Ainda assim, a análise da institucionalização do AFD-RHS na Secretaria de Estadual de Saúde da Bahia permitiu refletir sobre algumas tendências que emergem da descrição do contexto histórico, considerando o quadro teórico inicialmente elaborado.

Do ponto de vista teórico e metodológico, o esforço para refletir sobre a experiência da SESAB possibilitou compreender o processo de institucionalização do AFD-RHS, observando na trajetória histórica e política do estado alguns elementos de caráter ideológico por dentro desses espaços e do próprio Estado. Assim, a Secretaria foi desenvolvendo novas competências para realizar tarefas específicas e, desse modo, forjou novos arranjos institucionais¹¹⁶.

Neste estudo foram analisados processos no contexto político da Bahia em três diferentes períodos com os respectivos governos e seus reflexos no setor saúde. No processo político identificaram-se construções de políticas de saúde e de políticas de formação para RHS, revelando o papel do Estado na articulação de valores mais amplos como direito à saúde e democracia, notadamente mais evidentes na segunda metade da década de 80.

Alguns atores estiveram presentes em mais de um governo e até mesmo em mais de um período, articulando projetos relativos à questão da formação de RHS, a partir dos diferentes projetos de reforma administrativa que se sucederam nas mudanças de cada governo. Assim, concretizaram parte do projeto setorial para a institucionalização dos aparelhos formadores na SESAB.

Por conseguinte, o estudo abordou a institucionalização do AFD-RHS, não do ponto de vista dos aspectos pedagógicos e metodológicos, mas sim, os seus desdobramentos quanto à criação de novas estruturas no Aparato Estatal. Desse modo,

¹¹⁶ [...] institución se refiere más una forma de comportamiento –“tradicional” en el instituido y “crítico” en el instituyente – que a un ordenamento organizativo, aunque en ocasiones ambos conceptos sean coincidentes en un mismo espacio, es decir, pueden existir una institución que se al mismo tiempo una forma organizativa [...] (TESTA, 2006, p. 57).

permitiu observar a organização desse espaço e sua própria transformação, formal e informal, dentro da instituição ao qual estava relacionado, ora na administração indireta [*FUSEB* e *ISEB*], ora na administração direta [*SESAB*].

Ao analisar as mudanças de governo nos períodos do estudo percebe-se importância do AFD-RHS em alguns momentos (1975-1979) e menos em outros (1983-1987). Em cada um dos períodos estiveram presentes diferenças de natureza político-ideológicas, como no início da década de oitenta em que jovens progressistas estavam no *CENDRHU* e durante a proposição do *NUDCRH*, (1987-1989). Havia diferenças entre atores que atuavam nos governos e aqueles do próprio aparelho formador, repercutindo na própria conformação desse espaço e no seu desenvolvimento e seu funcionamento. Assim, as contradições adquiriram especificidades, observando a correlação de forças entre esses atores, embora em alguns momentos, as diferenças tornaram-se quase imperceptíveis entre os governos (terceiro período). Este período foi marcado pela presença de projetos com características de continuidade.

Desde o surgimento do aparelho formador como estrutura da *SESAB* houve progressivamente a organização do processo de formação e das atividades. Novas competências surgiram em cenários adversos (primeiro período) ou assumindo apenas um papel secundário em cenários favoráveis (segundo período).

A institucionalização dos AFD-RHS na *SESAB* acompanhou a reestruturação do setor saúde e o desenvolvimento da Reforma Sanitária no Brasil e na Bahia. Entretanto, o caráter mais subalterno desses aparelhos em cada cenário pode ser evidenciado pelo discurso institucional de cada período que, visando um “equilíbrio” entre as necessidades da sociedade e a capacidade de resposta do Estado, buscava compatibilizar com os recursos disponíveis, fazendo ajustes e cortes na área de recursos humanos.

Os sucessivos governos foram esculpindo sua composição técnico-burocrática, com o discurso de profissionalização da administração pública. Estabeleceu-se a entrada de um conjunto de sujeitos antenados aos projetos de cada governante, principalmente observando-se que até 1985 não havia a obrigatoriedade de concurso público para assumir funções públicas no Estado da Bahia.

Através das reestruturações político-administrativas os governos alteraram as finalidades do aparelho formador, conferindo-lhes graus diferenciados, para o seu funcionamento. Desse modo, também buscaram um alinhamento a projetos nacionais e submeteram o desenvolvimento do aparelho formador às decisões das “secretarias

sistêmicas”, tornando-os meros executores das políticas definidas no núcleo central do governo (Administração, Fazenda e Planejamento). Processos de formação que estavam cumprindo etapas de desenvolvimento e descentralização de projetos nacionais (*PPREPS* e *PIDA*) tiveram seu desdobramento em projetos locais (*PTCRHAS* e *IDA*) orientados a promover uma intervenção sanitária para solução de problemas individuais e coletivos (*PECs*, *PIASS* e *AIS*).

Uma vez que as finalidades desse AFD-RHS não estavam evidentes, ocorriam disputas com outros aparelhos formadores, como universidades, órgãos federais ou estruturas de órgãos sistêmicos. Nesse particular a reflexão é de duas naturezas. Primeiro, quanto às razões que levaram a criação desse aparelho formador, ou seja, *motivo-porque* do seu surgimento ou (re)estruturação. Segundo, em que medida estaria ajudando a responder a uma necessidade ou demanda social (*motivo-para*) ou seja, para que projetos o espaço formador estava voltado. (TESTA, 2006).

Nessa perspectiva, o *motivo-porque* pode ser identificado como o reconhecimento do papel do Estado na formação e reprodução do seu pessoal, enquanto o (*motivo-para*) pode ser inferido através dos diferentes projetos em que o espaço formador procurou elaborar ou se alinhar a projetos para se legitimar e justificar a sua manutenção.

Em cada governo ocorreram proposições de aliança na tentativa de ampliar o poder político dos aparelhos formadores. Dependendo da postura do grupo dirigente do aparelho formador, as alianças com interlocutores privilegiados do núcleo central de poder do governo favoreceram os projetos de formação e desenvolvimento de RHS. Nesse caso, é fundamental compreender esse aparelho como um ator coletivo e social.

Portanto, para a análise dessa instituição hipercomplexa (TESTA, 2006), como parte de um Aparelho de Estado, onde são produzidos efeitos econômicos, políticos e ideológicos, foi necessário descrever e analisar em cada período, os governos que se sucederam, seus projetos políticos e prioritários, bem como os enfrentamentos e alianças em cada transição ou mudança de governo. Por trás das questões organizacionais e administrativas observavam-se, em última análise, as relações de poder no interior do Estado e desse AFD-RHS.

As políticas e as prioridades na institucionalização do AFD-RHS estiveram sustentadas nas relações a que estavam submetidos no âmbito da instituição, determinantes de efeitos dominantes e acessórios na prática institucional. Portanto, o conceito de instituição pode ser compreendido enquanto produto de uma confrontação

permanente entre o instituído (o que já existe, o que procura se manter) e o instituinte (forças de mudança, de construção). Passa pela complexa relação entre sujeito e estrutura nem sempre consensual nas teorias sociológicas. Os elementos comuns que parecem unificá-las está na concepção do ser humano como criador das estruturas/ações embora, estas passem a condicioná-lo; a história como produto humano e a transformação como ação humana sobre a história. Segundo algumas correntes, o ser humano é ator e autor da realidade porque define, cria situações e também é modificado por elas (MINAYO, 2001).

No caso dos AFD-RHS estudados, o conceito de hegemonia, como direção político-cultural (GRAMSCI, 2007), permite interpretar o uso do poder político-ideológico de sujeitos que procuraram estender ao conjunto da estrutura [*FUSEB, ISEB, SESAB*] a sua intervenção de forma a constituir uma legitimidade e garantir seu espaço enquanto agente executor de políticas. A instituição foi *locus* do exercício das disputas no intuito de apresentar novas formas de organização e funcionamento para o aparelho formador, que pôde em sua institucionalização no Aparato Estatal assimilar ou eliminar outras concepções, dos grupos dirigentes, que não lhes eram favoráveis (*Um projeto democrático versus Ascensão do carlismo baiano-nacional*).

Por meio de uma atuação institucional o poder desse “pessoal do Estado” (POULANTZAS, 2000) expressou em suas relações sociais, “passiva” ou “ativa”, um exercício “autoritário” ou “democrático” (COELHO; PAIM, 2001). Além disso, a institucionalização dos espaços de formação para RHS contou com o protagonismo de atores de outras instituições que estiveram articulados à SESAB, através de diferentes projetos (*OPAS, Ministério da Saúde, ENSP/FIOCRUZ, INAMPS/MPAS, SUDENE, UFBA*).

Os governos onde se verificou alinhamento entre os projetos nacionais, internacionais e projetos locais (*PPREPS/PTCRHAS - PPREPS/PIASS/IIMCAS - PECS/PISEB*) propiciaram momentos de desenvolvimento e de estruturação de novas funções no aparelho formador. Inclusive seu protagonismo fica evidente na aliança com sujeitos que contribuíram para a formulação de projetos locais [*principalmente representantes da OPAS, no cenário internacional, da ENPS/FIOCRUZ no cenário nacional e do Departamento de Medicina Preventiva e do ISC/UFBA no local*]. Conseqüentemente, os sujeitos se lançam na construção de projetos (individuais e coletivos), aproveitando situações identificadas como “janelas de oportunidades” para

estabelecerem, a partir da organização existente e das circunstâncias, novos arranjos instituintes.

Neste estudo, o protagonismo dos sujeitos pode ser ilustrado na trajetória histórica de criação dos AFDRHS como processo instituinte e modernizador na SESAB/FUSEB/ISEB ilustrado por distintos personagens, a saber: Harley Padilha, no CETRE (1973); José Hermógenes de Souza, na formação de sanitaristas (1976); Tânia Celeste Nunes no CENDRHU (1980); Telma Dantas na UFORTEC/EFTS (1991/1994); e José Carlos Barbosa na EESP (2003).

Diferentes estudos realizaram análises de organizações públicas de saúde, reconhecendo instituições como pólos conservadores, embora atribuindo-lhes a capacidade de abrigar atores que se constituíam em sujeitos, no exercício de sua liderança (TEIXEIRA, 1982; NUNES, 1998; ROCHA, 2002; MIRANDA, 2005, HADDAD *et al*, 2006).

Na Bahia, o estudo de Miranda (2005), mostra que desde a década de 70 a SESAB tem direcionado ações para área de recursos humanos, *inclusive a criação de aparelhos formadores*, como forma de realizar treinamento, capacitação, especialização, formação de nível técnica e básica, ocorrendo de forma processual e em conjunturas específicas. Nessa dimensão, inscrevem-se experiências como o PPREPS, o PIASS e as AIS que se conformaram enquanto projetos estratégicos nos vários níveis do Sistema de Saúde e que se apresentaram como conteúdos de articulação com o ensino da Saúde Pública, organizando-se como espaços concretos, capazes de produzir frutos de articulações peculiares em cada uma das instituições consideradas (TEIXEIRA, 1982; NUNES, 1998). Assim, constataram-se alguns efeitos específicos do PPREPS, como a inserção das práticas de “planejamento de recursos humanos em saúde” e o fortalecimento dos “núcleos ideológicos modernizantes”, os Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (TEIXEIRA, 1982, p.82).

Na década de 90 ocorreu uma retração nas ações desenvolvidas pelos aparelhos formadores, havendo um enfraquecimento quanto aos investimentos destinados à referida área, fato este explicado em parte pelas políticas neoliberais que sacrificaram a área social, com reflexos negativos no setor saúde, especialmente na área de recursos humanos. (MIRANDA, 2005).

O estudo de Nunes (1998), num contexto nacional, já identificava o Programa de Cursos Descentralizados realizado pela ENSP/FIOCRUZ, em parceria com as Secretarias

Estaduais, como meio que fortaleceu da estrutura da ENSP enquanto “*Uma Escola para Saúde*” (LIMA *et al*, 2004).

A Bahia viveria parcialmente esse momento de expansão, tendo em vista que as contradições políticas locais, responsáveis por diferentes reviravoltas no contexto político, também repercutiram no setor de recursos humanos da SESAB¹¹⁷.

Em outros momentos, certos desdobramentos responsáveis pela presença de atores, autores e interlocutores privilegiados que, apropriados de determinado poder institucional, tanto no cenário local, como nacional, apoiaram a estrutura do AFD-RHS, em suas diversas formas (Centro, Coordenação, Núcleo, Superintendência e Escola), com a finalidade de desenvolvimento da área, visando à formação, qualificação, especialização, aprimoramento e treinamento.

Contatou-se uma motivação para criar estruturas que, além de poderem responder a projetos específicos loco-nacionais, realizassem uma “obra” diferente na estrutura institucional, o que notadamente esteve marcado por elemento do discurso do grupo hegemônico, no momento em que determinava de forma vertical, a política de formação e desenvolvimento de RHS. Em momentos de correlação de força mais favoráveis conseguiram desenvolver processos democratizantes no Aparato Estatal.

Admitindo que o caminho percorrido trouxe algumas possibilidade e limites, assim como permitiu compreender questões políticas e históricas, caberia repensar outra correlação de forças na relação entre *Estado-Sociedade* capaz de romper com as normas instituídas que oprimem e excluem os sujeitos do direito pleno a cidadania.

¹¹⁷ [...] o lugar ocupado pelo setor de recursos humanos no âmbito da SESAB, principalmente o responsável pela formação e capacitação [...] tem seu potencial limitado para promover a definição de uma política de RHS [...] (MIRANDA, 2005, p. 141).

8. REFERÊNCIAS

- 1 ALELUIA, L.R. de; COUTO, O. K.; OLIVEIRA, T. D.T. Estruturação da área de recurso humanos na Secretaria de Saúde na Bahia, 1974 – 2002. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v.30, n.1, p.105-128, jan/jun. 2006.
- 2 ALTHUSSER, L. *Aparelhos ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado (AIE)*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- 3 ALTOÉ, S. *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- 4 BAHIA. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Lomanto Júnior (1963-1967). Salvador, 1965.
- 5 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Lomanto Júnior (1963-1967). Salvador, 1967.
- 6 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador, Luiz Viana Filho Mensagem (1967-1971). Salvador, 1970.
- 7 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1971-1975). Salvador, 1972.
- 8 BAHIA. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1971-1975). Salvador, 1974.
- 9 BAHIA. *Relatório de Atividades*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1971-1975). Salvador, 1974.
- 10 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Roberto Figueira Santos (1975-1979). Salvador, 1976.
- 11 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Roberto Figueira Santos (1975-1979). Salvador, 1977.
- 12 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Roberto Figueira Santos (1975-1979). Salvador, 1978.
- 13 _____. *Relatório de Gestão 1975-1979: 4 anos depois*. BAHIA, Governador Roberto Figueira (1975-1979). Salvador: Governo do Estado, 1979.
- 14 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1979-1983). Salvador, 1979.
- 15 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1979-1983). Salvador, 1981.

- 16 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1979-1983). Salvador, 1982.
- 17 _____. *Relatório Quadrienal 1979-1983*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1979-1983). Salvador: Governo do Estado da Bahia, 1983.
- 18 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador João Durval Carneiro (1983-1987). Salvador, 1984.
- 19 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador João Durval Carneiro (1983-1987). Salvador, 1985.
- 20 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador João Durval Carneiro (1983-1987). Salvador, 1987.
- 21 _____. *Programa de Ação Governamental para a Bahia (1983-1987)*. Governador João Durval Carneiro (1983-1987). Salvador, 1983.
- 22 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Francisco Waldir Pires de Souza. (1987-1989). Salvador, 1987.
- 23 _____. *Relatório de Governo*. Governador Francisco Waldir Pires de Souza. (1987-1989). Sal Salvador: Governo do Estado, 1987.
- 24 BAHIA. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Francisco Waldir Pires de Souza. (1987-1989). Salvador, 1988.
- 25 _____. *Plano Estratégico de Ação 1988-1991*. Governador Francisco Waldir Pires de Souza. (1987-1989). Salvador: Governo do Estado, 1988.
- 26 _____. *1987: Um ano de Mudanças na Saúde*. Salvador: Governo do Estado, 1988.
- 27 _____. Governador, *Mensagem à Assembléia Legislativa*: Governador Nilo de Sousa Coelho (1989-1990). Salvador, 1990.
- 28 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1991-1994). Salvador, 1992.
- 29 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1991-1994). Salvador, 1993.
- 30 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa: Um Balanço de Governo*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1991-1994). Salvador, 1994.
- 31 _____. *Relatório de Governo 1991-1994*. Governador Antônio Carlos Magalhães (1991-1994). Salvador: Governo do Estado, 1994.
- 32 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador, 1995.

- 33 _____. *Relatório de Atividades 1995*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador: Governo do Estado, 1996.
- 34 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador, 1997.
- 35 _____. *Relatório de Atividades*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador: Governo do Estado, 1997.
- 36 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador, 1998.
- 37 _____. *Relatório de Atividades*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador: Governo do Estado, 1998.
- 38 _____. *Relatório de Atividades: Bahia no Caminho Certo para o Futuro 1995-1997*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador: Governo do Estado, 1998. v.1.
- 39 _____. *Relatório de Atividades: Bahia no Caminho Certo para o Futuro 1995-1997*. Governador Paulo Ganem Souto (1995-1998). Salvador: Governo do Estado, 1998. v.2.
- 40 _____. *Relatório de Atividades*. Governador César Borges (1998-2002). Salvador, 1999.
- 41 _____. *Plano Plurianual, 2002-2003. Bahia de Todos os Tempos*. Governador César Borges (1998-2002). Salvador: Governo do Estado, 1999.
- 42 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador César Borges (1998-2002). Salvador, 2001.
- 43 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador César Borges (1998-2002). Salvador, 2002.
- 44 _____. *Relatório de Atividades*. Governador César Borges (1998-2002). Salvador: Governo do Estado, 2002.
- 45 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador, 2003.
- 46 _____. *Plano Plurianual, 2002-2003. Bahia: Desenvolvimento Humano e Competitividade*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador: Governo do Estado, 2003.
- 47 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador, 2004.

- 48 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador, 2005.
- 49 _____. *Mensagem à Assembléia Legislativa*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador, 2006.
- 50 _____. *Relatório de Atividades*. Governador Paulo Ganem Souto (2003-2006). Salvador: Governo do Estado, 2005.
- 51 _____. Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia. *Plano Plurianual 2000 - 2003*. Salvador: SEPLAN, 2000.
- 52 BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- 53 BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- 54 BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Câmara de Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Brasília: MARE, 1995.
- 55 BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 56 _____. *Anais da 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 57 _____. *Anais da 10ª Conferência Nacional de Saúde_ Construção de modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 58 _____. *Anais da 9ª Conferência Nacional de Saúde Municipalização é o caminho*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- 59 _____. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 60 _____. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- 61 _____. *Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde: Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- 62 _____. *Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde: Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

- 63 _____. *Anais da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.
- 64 _____. *Anais da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 65 _____. *Anais da 3ª Conferência Nacional de Gestão de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 66 _____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. NOB 01/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 67 _____. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde. *Cad RH Saúde*, ano 1, v. 1, n. 1, 1993
- 68 _____. *Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei*. NOB 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- 69 _____. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RHSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 112 p. (Cadernos Técnicos).
- 70 _____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
- 71 _____. *Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS – NOB-RH/SUS*. Brasília: Ministério da saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RN_2005.pdf>.
- 72 BENJAMIN, W. **Sobre arte, técnica, linguagem e política**. Tradução de Maria Luz Moita, Maria Amélia Cruz e Manuel Alberto. Prefácio de Theodor W. Adorno. Lisboa: Relógio d'água, 1992. (Antropos).
- 73 BONFIM, W. Qual a mudança? Os empresários e a americanização do Ceará. Tese de doutorado. IUPERJ, 1999.
- 74 BRANDÃO, M. A. Baiano-nacional – A formação de uma língua franca no Brasil contemporâneo. *Cadernos CEAS*, nº149, 1994.
- 75 BURKE, P. *A história da escrita: novas perspectivas*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1992.
- 76 CHIZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
- 77 COELHO, T. C. B. *O processo de gestão em uma instituição hipercomplexa do Sistema Único de Saúde*. Salvador, 2001. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

- 78 COELHO, T.C.B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.21, n.5, 1373-1382, 2005.
- 79 CORDEIRO, H.A. A política de saúde na nova república: das ações integradas de saúde ao sistema unificado e descentralização de saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 15 (1/4):56-60, jan/dez, 1988.
- 80 COUTO, C. C. *Memória viva do regime militar – Brasil: 1964 – 1985*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- 81 DANTAS, U.P. Estudo das características sociais e profissionais dos médicos, na Bahia, durante as duas últimas décadas. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 4 (1/2):1-105, jan/jun, 1977.
- 82 DANTAS NETO, P. F. *Tradição, autocracia e carisma: A política de Antonio Carlos Magalhães na modernização da Bahia (1954 – 1974)*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2006.
- 83 DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- 84 DRAIBE, S. M. *Rumos e metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.
- 85 ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. *Home page*. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/>. Acesso em. 12 mar. 2010.
- 86 ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. *Home page*. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/>. Acesso em. 12 mar. 2010.
- 87 FANUCK, L.C. *Painel: Recursos humanos para o serviços básicos de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Anais V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p. 123-125.
- 88 FRANCO, T. Waldir x ACM, a disputa na terra de todos os santos. In: GRANDI, R.; MARINS, A.; FALCÃO, E. (Orgs.). *Voto é marketing... o resto é política*. São Paulo: Loyola, 1992. p.199-214.
- 89 FUNDAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Centro de Treinamento. Relatório de Atividades 1975. Salvador (BA): FUSEB, 1975.
- 90 _____. Projeto de Introdução Inovações Metodológicas na Capacitação de Auxiliares de Saúde 1977 - 1979. Salvador (BA): FUSEB, 1977.
- 91 _____. Relatório Final do Projeto de Introdução Inovações Metodológicas na Capacitação de Auxiliares de Saúde 1977 - 1979. Salvador (BA): FUSEB, 1979.

- 92 _____. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Relatório de Atividades 1979. Salvador (BA): FUSEB, 1979.
- 93 _____. Centro de Treinamento. Relatório de Atividades 1978-1979. Salvador (BA): FUSEB, 1979.
- 94 _____. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Relatório de Atividades 1980. Salvador (BA): FUSEB, 1980.
- 95 _____. Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Relatório de Atividades 1991. Salvador (BA): FUSEB, 1981.
- 96 _____. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Relatório de Atividades 1997. Salvador (BA): FUSEB, 1997.
- 97 _____. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Plano Trienal de Capacitação Recursos Humanos na Área da Saúde 1976 – 1979. Salvador (BA): FUSEB, 1976.
- 98 _____. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Relatório de Atividades 1998. Salvador (BA): FUSEB, 1998.
- 99 GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S. T (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2006, p.91-118.
- 100 GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. v.3.
- 102 GRAEFF, H. *Painel: Recursos humanos para o serviços básicos de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Anais V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p. 127-129.
- 103 HOCHMAN, G. et al. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- 104 IBAÑEZ, N.; NETO, G. V. Modelos de gestão e o SUS. *Rev. Ciênc Saúde Coletiva*, v.12, Sup., p.1831-1840, nov. 2007.
- 105 LEONELLI, D.; OLIVEIRA, D. *Diretas Já: 15 meses que abalaram a ditadura*. 2º Ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- 106 LIMA, T. N.; FONSECA, C.M.O.; SANTOS, P.R.E. (Org). *Uma escola para saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004).
- 107 LINHARES, M. Y. (Org). *História geral do Brasil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1996.

- 108 LUCKESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator?. In: FLEURY, S. T. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006, p.157-179.
- 109 LUZ, M. T. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS; ABRASCO, 2007, p.67-82.
- 110 _____. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, 1979.
- 111 MAGALHÃES, A. C. *Política é paixão (entrevista)*. Rio de Janeiro: Revan, 1995.
- 112 MATTA, A. *Governadores e interventores da Bahia republicana, testemunhos de transformações das estruturas sociais do Estado*. Salvador: UCSAL, 2000.
- 113 MATTA, A. *Bahia Republicana: construindo nossa história recente*. Salvador: UCSAL, 2001.
- 114 MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA: 1993.
- 115 MINAYO, M.C.S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- 116 MIRANDA, M. C.G. *Capacitação e formação de trabalhadores no SUS Bahia*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- 117 _____. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.7-19, 2001.
- 118 MELLO, A. *Cartilha histórica da Bahia. A República e seus governadores*. Rio de Janeiro: Continente, 1981.
- 119 NETO, J. Eleições baianas de 1990: velhas e novas polarizações. *Rev. Filosofia Ciênc. Humanas*, v.3, p.5-40, set. 1992.
- 120 NUNES T. C. M., *A Especialização em Saúde Pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989*. Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- 121 _____. *A supervisão em saúde: um estudo exploratório em instituições públicas no âmbito federal e estadual*. Salvador, 1986. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- 122 ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enferm*, v.3, p.896-902, 2005.
- 123 PACHECO, R. S. Escolas de governo: tendências e desafios – ENAP- Brasil em perspectiva comparada. *Rev. Serviço Público*, v.51, p.3-21, 2000.

- 124 PADILHA, H.P. Um programa de recursos humanos para a secretaria saúde da Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 3(3/4):33-47, jan/jun, 1976.
- 125 _____. Programa de diagnósticos preliminares para o planejamento de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 6(2):255-31, 1972.
- 126 PAIM, J. S. *Saúde política e Reforma Sanitária*. Salvador: ISC/UFBA - CEPSC, 2002.
- 127 _____. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 128 PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: *Saúde, crise e reforma*. p. 107-129. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia. 1986.
- 129 _____. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde Debate*, n. 21, p.39-44. 1988.
- 130 _____. Política de saúde no Brasil ou recusando o Apartheid Sanitário. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.1(1), p.18-20. 1996.
- 131 _____. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Card. de Saúde Pública*, n. 5(4), p.365-357. 1989.
- 132 _____. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. p. 1-80.
- 133 _____. NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada. *Cad. Saúde Pública*, v.8, n.3, p.263, jul.-set. 1992.
- 134 PAIM, L. *Painel: Recursos humanos para o serviços básicos de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Anais V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980-b, p. 131-133.
- 135 PEREIRA, L. C. B. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. K. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p.21-38.
- 136 PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. *Profissões de Saúde: a formação em questão*. In: II Conferência Nacional de Recursos Humanos: Textos apresentados. *Cad RH Saúde*. Ano 1, v. 1, n. 3. Brasília: Ministério de Saúde, novembro, 1993, p. 23-34.
- 137 PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad. Pesquisa*, n.114, p.179-195, nov, 2001.

- 138 PIRES-ALVES F. A., PAIVA C. H. A. *Recursos críticos. História da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- 139 POULANTZAS, N. *O Estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- 140 SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- 141 SANCHEZ, Z. M; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev. Saúde Pública*, v.39, p.599-605, 2005.
- 142 SANTANA, C. S. Notas sobre a história da ação popular na Bahia (1962-1973). In: ZACHARIADES, G. C. (Org.). *Ditadura militar na Bahia: novos olhares, novos objetos, novos horizontes*. Salvador: Edufba, 2009, p.151-172.
- 143 SANTOS, R. F. Na *Bahia das últimas décadas do século XX: um depoimento crítico*. Salvador: Edufba, 2008.
- 144 SILVA, E. Protestantes e o governo militar: convergências e divergências. In: ZACHARIADES, G. C. (Org.). *Ditadura militar na Bahia: novos olhares, novos objetos, novos horizontes*. Salvador: Edufba, 2009. p.31-51.
- 145 SILVA FILHO, E. J. *Constituição de 1988, as reformas e o jornalismo de campanha*. Salvador, 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Comunicação, Universidade Federal da Bahia.
- 146 SILVIO BATALHA et al. *Cartilha Histórica da Bahia*. 5. ed. Salvador: [S.n], 1990. 200-202 p.
- 147 SKIDIMORE, T. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.
- 148 SINDMED. Editorial. *Revista do Sindicato dos Médicos no Estado da Bahia*. ANO II, nº 7 abril/junho, 2008.
- 149 SOUZA, E. C. L. *Escolas de Governo do Cone Sul: estudo institucional do INAP (Argentina) e da ENAP (Brasil)*. Brasília, 1996. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília.
- 150 SOUZA, C.; NETO, P.F.D. (Org.). *Governo, políticas públicas e elites políticas no estados brasileiros*. Rio de Janeiro, Revan: 2006.
- 151 M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992.
- 152 _____. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

- 153 _____. *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- 154 _____. Analisis de instituciones hipercomplejas. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, p.17-70.
- 155 TEIXEIRA, C. F. S. *Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes de práticas de saúde no Brasil*. Salvador, 1982. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- 156 TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- 157 YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- 158 ZOUAIN, D. M. Escolas de governo e escolas de serviço público: limites e problemas. Estudo de caso da FESP/RJ e FUNDAP/SP. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003. *Anais...* Panamá, 2003.
- 159 _____. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. (Org). *Sociologia da burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ANEXO A

DOCUMENTOS CONSULTADOS

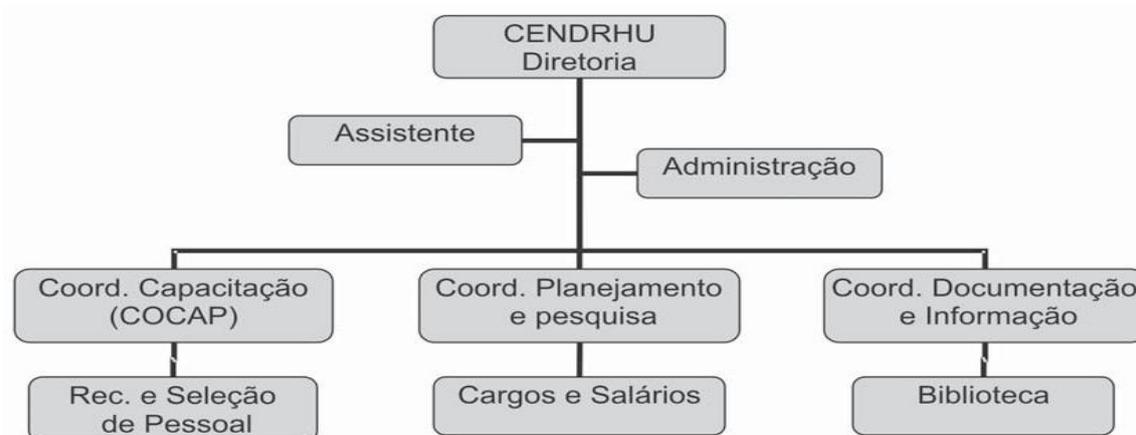
Documento	Período/Ano	Governo / Secretário de Saúde
Mensagem do Governo	1965	Governo Luiz Viana Filho
Mensagem do Governo	1967	Governo Luiz Viana Filho
Mensagem do Governo	1970	Governo Luiz Viana Filho
Mensagem do Governo	1972	Governo Antonio Carlos Magalhães
Mensagem do Governo	1974	Governo Antonio Carlos Magalhães Secretário Enio Faria Rosendo Pinto
Relatório do Governo	1975	Governo Roberto Figueira Santos Secretário Ubaldo Porto Dantas
Relatório de Atividades 1976	1976	Governo Roberto Figueira Santos Secretário Ubaldo Porto Dantas
Mensagem do Governo	1977	Governo Roberto Figueira Santos Secretário Ubaldo Porto Dantas
Relatório de Atividades	1977	Governo Roberto Figueira Santos Secretário Ubaldo Porto Dantas
Mensagem do Governo	1978	Governo Roberto Figueira Santos Secretário Ubaldo Porto Dantas
Mensagem do Governo	1979	Governo Antonio Carlos Magalhães Secretário Jorge Augusto Novis
Mensagem do Governo	1981	Governo Antonio Carlos Magalhães Secretário Jorge Augusto Novis
Mensagem do Governo	1982	Governo Antonio Carlos Magalhães Secretário Jorge Augusto Novis
Relatório Quadrienal	1979 – 1983	Governo Antonio Carlos Magalhães Secretário de Saúde Jorge Augusto Novis
Mensagem do Governo	1984	Governo João Durval Carneiro Secretário Nelson de Carvalho Assis Barros
Relatório de Atividades	1986	Governo João Durval Carneiro Secretário Nelson de Carvalho Assis Barros
Mensagem do Governo	1984	Governo João Durval Carneiro Secretário Nelson de Carvalho Assis Barros Ursino Pinto de Queiroz

Plano de Ação Governamental	1983 - 1987	Governo João Durval Carneiro
Programa de Governo	1987	Francisco Waldir Pires de Souza
Mensagem do Governo	1987	Governo Francisco Waldir Pires de Souza
Relatório Final I CONFERES	1987	Governo Francisco Waldir Pires de Souza Secretário Luiz Umberto Ferraz Pinheiro
Plano Estratégico de Ação	1988/1991	Governo Francisco Waldir Pires de Souza Secretário Luiz Umberto Ferraz Pinheiro
Mensagem do Governo	1988	Governo Francisco Waldir Pires de Souza Secretário Luiz Umberto Ferraz Pinheiro
Mensagem do Governo – Relatório de Exercício 1988	1989	Governo Francisco Waldir Pires de Souza Secretário Luiz Umberto Ferraz Pinheiro
Mensagem do Governo – Relatório de Exercício 1989	1990	Governo Nilo Augusto de Moraes Coelho Secretário Luiz Carlos Calmon Navarro Teixeira da Silva
Mensagem do Governo (ano 1994)	1991 - 1994	Governador Antonio Carlos Magalhães
Mensagem do Governo (Relatório de Atividades 1991) ANO 1	1992	Governador Antonio Carlos Magalhães
Mensagem do Governo (Relatório de Atividades 1992) ANO 2	1993	Governador Antonio Carlos Magalhães
Mensagem do Governo (Relatório de Atividades 1995)	1996	Governador Antonio Carlos Magalhães
Mensagem do Governo (Relatório de Atividades 1996)	1997	Governador Antonio Carlos Magalhães
Relatório Trienal	1995 - 1997	Governador Paulo Ganem Souto Secretario José Maria de Magalhães Netto
Relatório de Atividades	1998	Governador Paulo Ganem Souto Secretário Jose Maria de Magalhães Netto
Relatório de Atividades	1999	Governador Paulo Ganem Souto Secretário José Maria de Magalhães Netto
Mensagem do Governo	1999	Governado César Augusto Rabello Borges

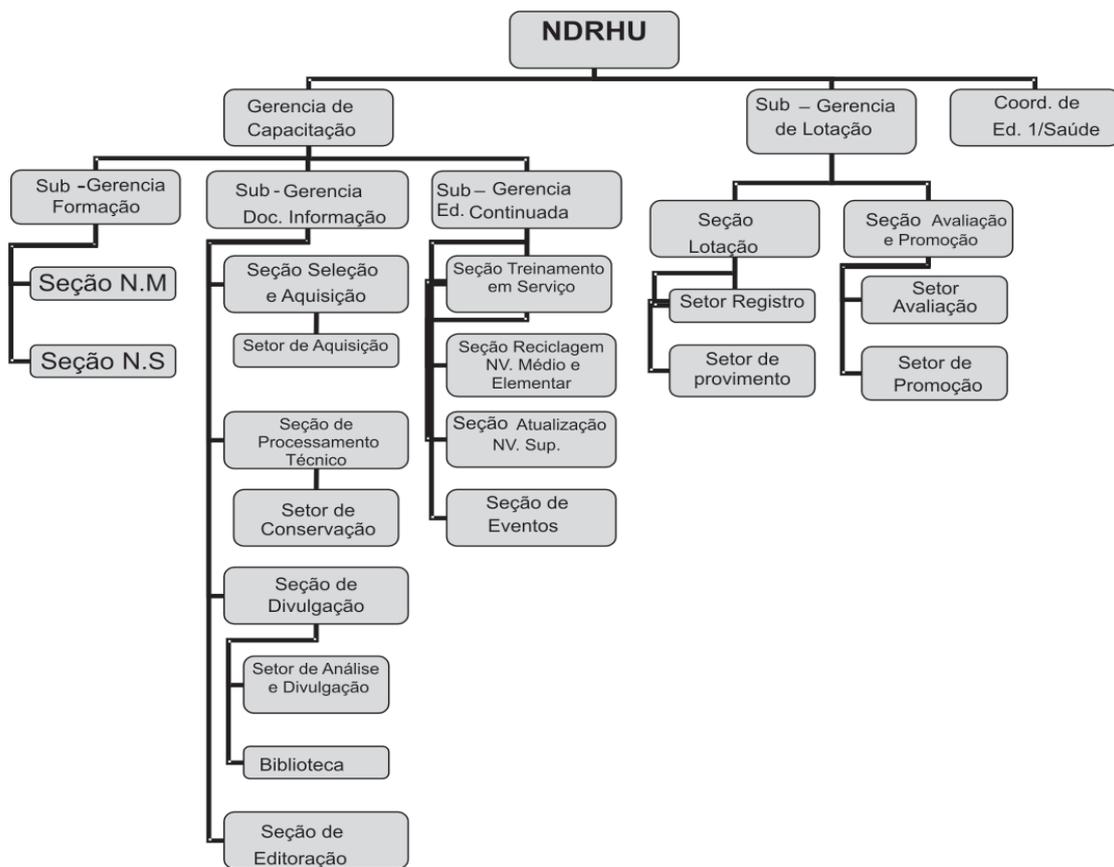
Relatório de Atividades	2000	Governador César Augusto Rabello Borges Secretário José Maria de Magalhães Netto
Relatório de Gestão da SESAB	2001	Governador César Augusto Rabello Borges Secretário José Maria de Magalhães Netto
Mensagem do Governo	2002	Governador Cesar Augusto Rabello Borges
Relatório de Atividades	2002	Governador Otto de Alencar Silva
Relatório de Gestão da SESAB	2002	Governador Otto de Alencar Silva
Plano Plurianual	2000 - 2003	Governador César Augusto Rabello Borges Secretário de José Maria de Magalhães Netto
Plano Plurianual	2004 - 2007	Governador Paulo Ganem Souto Secretário José Antônio Rodrigues Alves
Mensagem do Governo	2004	Governador Paulo Ganem Souto
Relatório de Atividades	2004	Governador Paulo Ganem Souto Secretário José Antônio Rodrigues Alves
Mensagem do Governo (Relatório de Atividades 2004)	2005	Governador Paulo Ganem Souto
Relatório de Gestão da SESAB	2005	Governador Paulo Ganem Souto
Mensagem do Governo	2006	Governador Paulo Ganem Souto
Relatório de Gestão da SESAB	2006	Governador Paulo Ganem Souto

ANEXO B

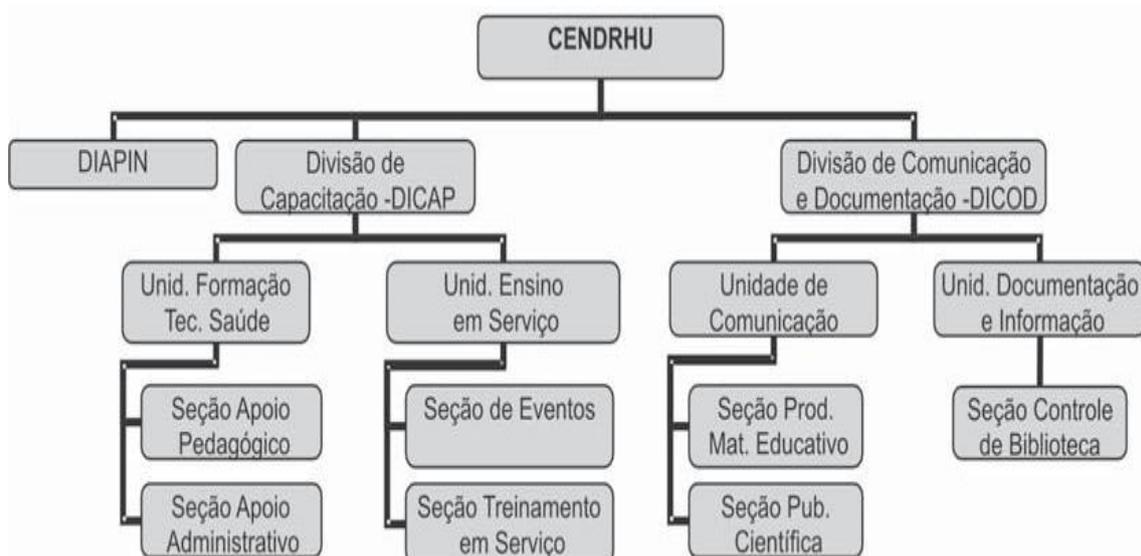
Demonstrativo das Estruturas Regimentais e Informais a área de Recursos Humanos da SESAB (1974 – 2004). (ALELUIA et al, 2006).



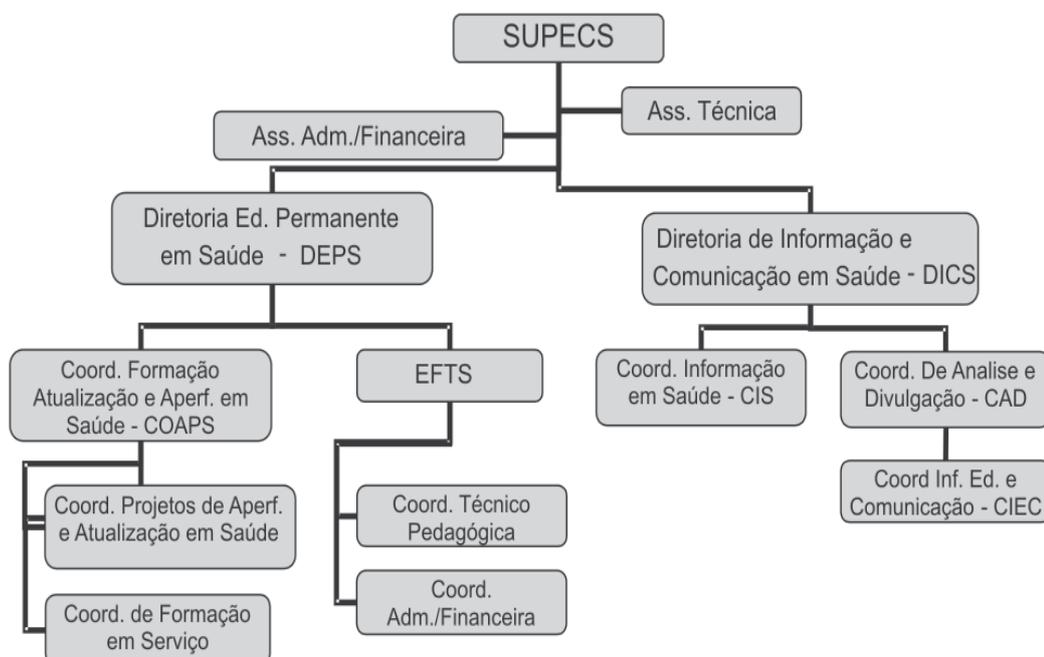
Organograma do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos – 1980.



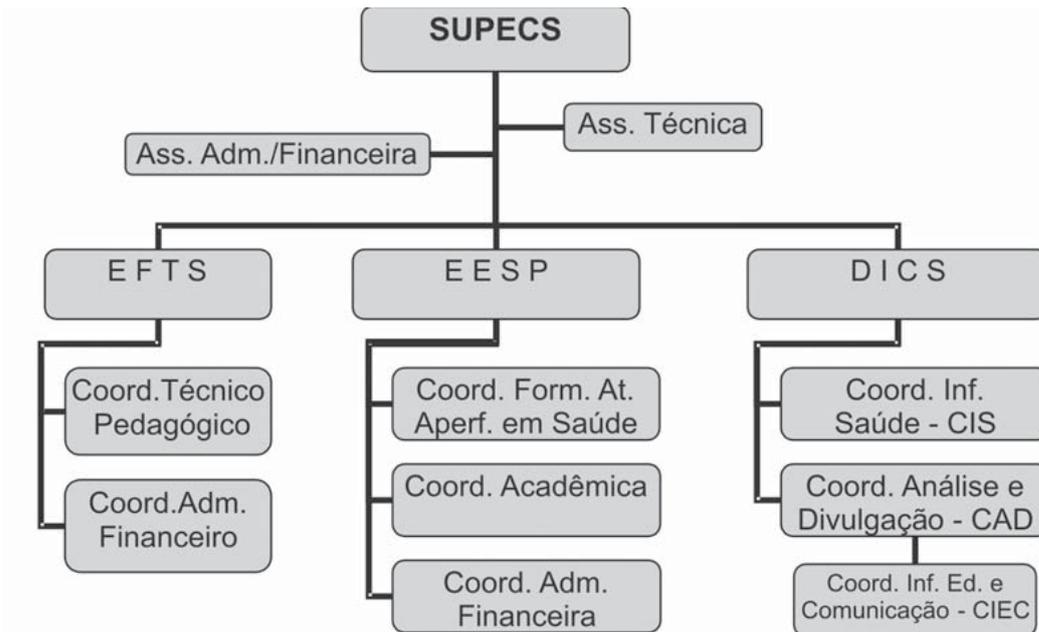
Organograma do Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos – 1987.



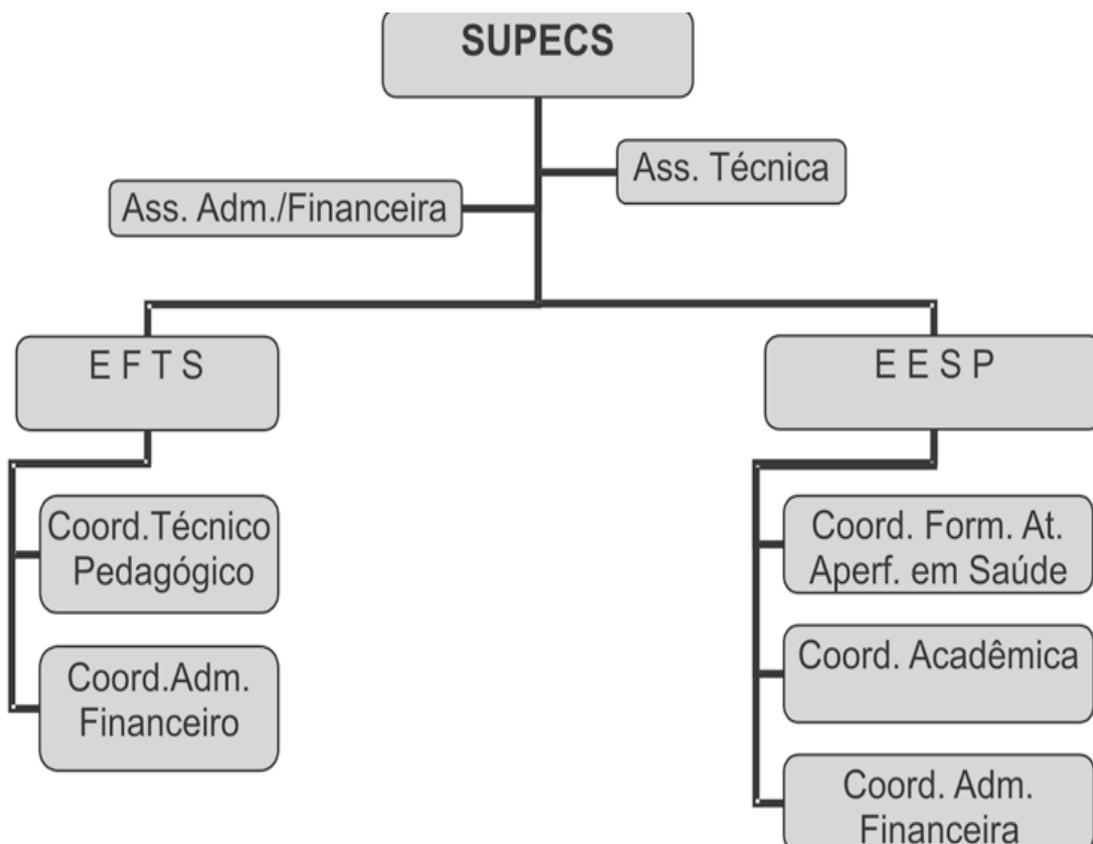
Organograma da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos – 1991.



Organograma da Superintendência de Educação e Comunicação em Saúde – 1999.



Organograma da Superintendência de Educação e Comunicação em Saúde – 2002.



Organograma da Superintendência de Educação e Comunicação em Saúde – 2003.

ANEXO C

LISTA DOS EX-DIRIGENTES ENTREVISTADOS EM ORDEM ALFABÉTICA

Anete Barreto

José Aberto Hermógenes

José Carlos Barbosa

Maria Terezinha Moreira

Márcia Sampaio Oliveira

Renilson Rehem de Souza

Tânia Celeste de Matos Nunes

Telma Dantas Teixeira de Oliveira

ANEXO D

LISTA LEGISLAÇÕES CONSULTADAS

BRASIL

LEIS, RESOLUÇÕES, NORMAS E PORTARIAS

Lei nº 8.080 de 19.09.90.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços no SUS.

Lei nº 8.142, de 28.12.90.

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.

Resolução INAMPS nº 258, de 07.01.91.

Nova política de financiamento do SUS. Norma Operacional Básica nº 01/91.

Resolução INAMPS nº 234, de 07.02.92.

Norma Operacional Básica nº 01/92.

Portaria MS/GM nº 545, de 20.05.93.

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Portaria MS/GM nº 2.203, de 06.11.96.

Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Norma Operacional Básica NOB 01/96.

Portaria MS/GM n.º 95, de 26.01.01.

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01.

Portaria MS/GM n.º 373, de 27.02.02.

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS – NOB-RH/SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf>.

BAHIA

LEIS E DECRETOS

Lei nº 3.104, de 28.05.73.

Reorganiza a Secretaria da Saúde Pública, institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia.

Lei Delegada nº 12 de 30.12.80.

Extingue e cria entidades de Administração Descentralizada Estadual.

Lei Delegada nº 24 de 10.02.83.
Reorganiza a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Lei Delegada nº 69 de 03.06.83.
Cria o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Organizacionais – CEDRHO.

Lei nº 4.697 de 15.07.87.
Dispõe sobre modificações na estrutura da Administração Pública do Estado da Bahia.

Lei nº 6.074 de 22.05.91.
Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual.

Lei nº 6.680 de 14.11.94.
Cria novas Unidades Administrativas na Secretaria da Saúde do Estado.

Decreto s/nº, de 25.03.65
Aprova o estatuto da Fundação Hospitalar do Estado da Bahia - FHEB.

Decreto nº 19.931, de 28.09.66
Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde Pública.

Decreto nº 20.681, de 15.05.68
Reorganiza a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia.

Decreto nº 20.726, de 12.06.68
Reorganiza a Fundação Gonçalo Muniz.

Decreto s/nº, de 16.09.68
Aprova o Estatuto da Fundação Hospitalar do Estado da Bahia.

Decreto s/nº, de 17.03.69
Aprova o Estatuto da Fundação Hospitalar Octávio Mangabeira.

Decreto nº 21.589, de 01.12.69
Aprova o Regimento dos Centros Executivos Regionais da Secretaria da Saúde Pública.

Decreto nº 22.109, de 06.10.70
Aprova o Estatuto da Fundação Gonçalo Muniz.

Decreto nº 22.805, de 20.03.72
Altera o Estatuto da Fundação Gonçalo Muniz.

Decreto-Lei nº 11.522, de 28.05.73
Reorganiza a Secretaria da Saúde Pública, institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia.

Decreto nº 23.537, de 16.07.73

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Decreto nº 23.538, de 16.07.73

Aprova o Estatuto da Fundação de Saúde do Estado da Bahia - FUSEB.

Dec. nº 29.578, de 28.04.83

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Decreto nº 29.414, de 05.06.83

Regulamenta a Lei nº 3.982, de 29.12.81, que dispõe sobre o Subsistema de Saúde do Estado da Bahia, aprova a legislação básica sobre promoção e recuperação da saúde.

Dec. nº 29.788, de 03.08.83

Aprova o Regimento da Comissão Interinstitucional de Saúde - INTERSAÚDE.

Decreto nº 1.898, de 07.11.88

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB.

Decreto nº 2.042, de 06.12.88

Altera o Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB.

Decreto nº 3.602, de 26.04.90

Altera o Decreto nº 1.528, de 31 de agosto de 1988

Decreto nº 684, de 18.11.91

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde.

Decreto nº 7.274, de 08.04.98

Altera o Regimento da Secretaria da Saúde.

Decreto nº 7.546, de 24.03.99 - republicado no D.O.E. em 06.05.99

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde.

Decreto nº 7.755, de 07.02.20000

Altera o Regimento da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 7.546, de 24 de março de 1999.

Decreto nº 7.811, de 30.05.20000

Altera o Regimento da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 7.546, de 24 de março de 1999.

Decreto nº 8.392, de 12.12.02

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde.

Decreto nº 10.139, de 06.11.06

Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde.

APENDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Data:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Formação: _____

Instituição/Setor que trabalhou: _____

Cargos que ocupou e o período/ano _____

ENVOLVIMENTO NA INSTITUIÇÃO

- 1- Você lembraria quando ingressou na SESAB e como passou a participar da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (RHS) nessa instituição?
- 2- Você poderia descrever como ocorreu a sua participação nos espaços de formação e desenvolvimento de RHS na SESAB em distintos momentos da vida institucional?

CONTEXTO POLÍTICO

- 1- Como se caracterizaria o contexto/período político na Bahia naqueles momentos? E na Saúde?
- 2- Havia alguma política, programa, convênio ou projeto específico para formação de recursos humanos de saúde na SESAB, naqueles períodos? Como aconteciam?
- 3- Em sua opinião, qual a posição e a compreensão dos gestores (Secretário e demais membros da alta direção da SESAB) acerca da necessidade desse processo de formação de recursos humanos para saúde, nos distintos momentos em que você participou na história dessa instituição?

PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO

- 1- Você pode falar com as suas palavras qual a sua função e papel que desempenhava na SESAB?
- 2- Quais as funções que desempenhou no período que esteve na Secretaria?
- 3- Que atores contribuíram para organização do processo de formação na SESAB? Havia alguma relação entre eles? Qual?
- 4- Em sua opinião, a SESAB enfrentou alguma dificuldade para organizar os processos de formação para os seus recursos humanos? Quais?
- 5- Havia a participação de algum ator que não fosse da SESAB na organização dos processos de formação para recursos humanos? Qual era o papel deste ator?
- 6- Havia a participação de alguma outra instituição na organização do processo de formação de recursos humanos da SESAB? Qual era o papel desta instituição?
- 7- Havia alguma articulação com as universidades? Quais? Em sendo positivo que tipos de articulação foi realizada e que avaliação você faz dessas experiências?
- 8- Havia algum movimento para criação de uma estrutura específica (coordenação, departamento, diretoria, centro, escola) para o processo de formação dentro da SESAB? Ou quando você se inseriu na instituição já existia na SESAB alguma área responsável por esses processos de formação?
- 9- Qual era o papel dessa área dentro da SESAB? E para além da Secretaria ele exercia alguma outra função?
- 10- Há algum fato, vivência ou sentimento do processo histórico na SESAB, nos períodos em que você participou na formação e desenvolvimento de recursos humanos que gostaria de mencionar?
- 11- Gostaria de destacar algo mais que possa contribuir para a compreensão ou crítica da organização e desenvolvimento dos aparelhos formadores na SESAB?

APENDICE B



Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do projeto: Organização e desenvolvimento de um Aparelho Formador: O caso da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, 1970 - 2006.

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, com autoria de Alexandre de Souza Ramos, sob a orientação do professor Jairnilson Silva Paim, tem por objetivo descrever a organização do espaço de formação para trabalhadores de saúde na Secretaria Estadual da Bahia - SESAB, entre o período de 1970 a 2006.

A produção de dados desta pesquisa implicará na realização de análise de documentos estaduais (documentos institucionais da Secretaria Estadual de Saúde) e entrevistas semi-estruturadas com ex-dirigentes e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde. Estas entrevistas envolverão perguntas relacionadas ao processo de organização do espaço de formação para trabalhadores de saúde entre os anos de 1970 e 2006. As informações contidas nas entrevistas serão gravadas após o entrevistador estar ciente deste documento e aceitar colaborar com a pesquisa.

Ressalta-se que as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, estando submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Neste sentido, essas informações serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Como fins acadêmicos, os resultados elaborados serão apresentados também sob a forma de artigos a fim de serem submetidos a periódicos científicos.

Destaca-se que a participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento do estudo. Vale ressaltar que a participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao entrevistado, também não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer momento, o (a) Sr. ou Sra. terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar com a pesquisadora responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelos telefones: 71- 99438959 do pesquisador principal – Alexandre de Souza Ramos ou pelo coordenador Jairnilson Silva Paim - (071) 3283-7437. Além disso, terá garantida a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial.

Tendo recebido todas as informações e esclarecido dos meus direitos apontados anteriormente, declaro estar ciente do exposto e concordo em participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Salvador, _____, _____, 2010.

Assinatura do informante

Alexandre de Souza Ramos
Pesquisador responsável

APENDICE C

MATRIZ DE ANÁLISE

Conceitos	Categorias	Dimensões	Fontes de Informação
Aparelho de Estado	Econômico	- Orçamento - Investimento Público	- Mensagem do Governo - Relatório de Gestão - Relatório da SESAB - PPA
	Político	- Sistema Político e Partidos	
	Ideológico	- Discurso Institucional	
Poder	Técnico	- Médica - Sanitária - Administrativa	- Mensagem do Governo - Relatório de Gestão - Relatório da SESAB - PPA
	Administrativo	- Financiamento	
	Político	- Saber - Prática	
Pessoal do Estado	Sujeito Individual (ator)	- sujeito epistêmico	- Mensagem do Governo - Relatório de Gestão - Relatório da SESAB - PPA - Entrevistas
	Sujeito Coletivo	- sujeito político	