



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JOANA ANGELICA OLIVEIRA MOLESINI**

**A REFORMA SANITÁRIA NA BAHIA: UM LUGAR NA HISTÓRIA  
(1987 - 1989)**

**Salvador  
2011**

**JOANA ANGELICA OLIVEIRA MOLESINI**

**A REFORMA SANITÁRIA NA BAHIA: UM LUGAR NA HISTÓRIA**

**(1987 a 1989)**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Salvador  
2011

## Ficha Catalográfica

---

M719r Molesini, Joana Angelica Oliveira.

A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989) / Joana Angélica Oliveria Molesini. -- Salvador: J.A.O. Molesini, 2011.

263 f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo.

Tese (doutorado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

1. Reforma Sanitária. 2. Movimento Sanitário. 3. Política de Saúde. I. Título.

CDU 614

---

**JOANA ANGELICA OLIVEIRA MOLESINI**

**A REFORMA SANITÁRIA NA BAHIA: UM LUGAR NA HISTÓRIA**

**(1987 a 1989)**

Data da Defesa: 20 de dezembro de 2011.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo – Universidade Federal da Bahia  
Orientadora

---

Prof. Dr. Alvino Sanches - Universidade Federal da Bahia

---

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães - Universidade Federal da Bahia

---

Prof. Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina - Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dra. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa - Universidade Federal da Bahia  
(1ª Suplente)

---

Profa. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva Santos - Universidade Estadual de Feira de  
Santana - (2ª Suplente)

A Seu Roque e Dona Perolina (*in memorian*)  
por me ensinarem da “roça” ver um mundo mais  
longe.

A Mario (Tadeu), Mariana (Nana) e Luiz Otávio,  
meus três amores.

## **AGRADECIMENTOS**

Na minha formação profissional lembro agradecida a todas (os) minhas (eus) MESTRAS (ES), desde a minha primeira professora em Itaberaba, dos colégios em que passei, da minha graduação na UCSal, do mestrado no ISC e finalmente na Escola de Enfermagem para concluir este doutorado. Obrigadas a todas (os).

No meu percurso como Profissional convivi com muitas pessoas com as quais troquei experiências, o que ajudou para aprimorar meus conhecimentos. Listar o nome deles seria correr o risco de não citar todos ou então escrever páginas e páginas e ainda esquecer alguns. Agradeço a todas (os)

Aos membros do grupo GERIR pela oportunidade que me deram de estudar juntos sob a coordenação de Cristina, que aqui me afasto da formalidade de ser minha orientadora e agradeço pela capacidade de nos fazer pensar e questionar. Aprendi muito neste espaço.

Fiz opção por um método de pesquisa o que exigiu uma busca em vários arquivos. Nestes locais encontrei pessoas dedicadas em preservar a memória das instituições da Bahia. Portanto, agradeço a todas estas pessoas, em especial aos funcionários do Alcen/Sesab e do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia.

Para localizar revistas e jornais não indexados tive que recorrer a técnica de bola de neve. Agradeço a todos os psiquiatras de que atenderam as minhas demandas, em especial a José Carlos Barbosa, início das minhas buscas e a quem eu tive que recorrer várias vezes.

Outras fontes de informação foram localizadas em arquivos pessoais. Por isto agradeço a Antonia Garcia, Cristina Melo (também minha orientadora), Ronaldo Jacobina e Jairnilson Paim por me disponibilizarem seus preciosos arquivos.

Agradeço a todos (as) entrevistados (as), pela gentileza com que me dedicaram tempo das suas agendas.

Ao meu cunhado Adelmário (Déu) pela boa vontade e competência com que me ajudou na revisão do português. Virgílio, meu amigo, pela paciência de ler e buscar na memória fatos para ajudar. Artur, meu colega da UCSal, pela paciência para me ensinar recursos de informática e facilitar minha digitação.

A Ivone, Rose e Creuza amigas e bibliotecárias, pela disponibilidade, atenção e ajuda

A minha querida orientadora Cristina Melo, por sua condução segura e competente, e por se colocar disponível todo o tempo, mesmo quando eu ocorria em atrasos.

A minha família: Dona Perolina (presença inesquecível) e Seu Roque meus amados genitores. Meus irmãos Guida, Gilberto (*in memorium*) Geninha, Orlando e Geraldindo e todas esposas (os) e sobrinhas (os).

A minha querida filha Mariana que colaborou todo o tempo, desde a coleta de dados até as arrumações finais para minha defesa.

A meu querido filho Mario (Tadeu) também um colaborar em alguns momentos, quando a distância geográfica não foi impedimento.

A meu companheiro Luiz Otávio, meu incentivador para fazer este doutorado, me deu apoio desde o processo de seleção acompanhando de perto minha ansiedade pelo resultado. Finalmente aprovada, quatro anos de estudo, sempre muito intenso, comprometendo os sábados, domingos e feriados.

## RESUMO

A Reforma Sanitária é resultado do movimento social iniciado no final dos anos 1970, que clamava pela democratização da sociedade brasileira e pela construção de um sistema nacional de saúde descentralizado e universal. Na Bahia, estudos registram avanços e retrocessos na implantação da Reforma Sanitária associados às mudanças na gestão política do Estado em 1989. O marco do início da implantação da Reforma Sanitária na secretaria estadual da Saúde na Bahia é a eleição de um grupo político de oposição para governar o estado, permitindo a inserção de formuladores do ideário da Reforma Sanitária na execução da política estadual de saúde. Esse estudo objetiva analisar a implantação da Reforma Sanitária na Bahia no período entre 1987 e 1989. É um estudo de caso de caráter histórico, exploratório e analítico, tomando como recorte o espaço institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Utiliza-se a abordagem da micro-história recorrendo ao jogo de escalas e ao conhecimento indiciário tomando como referencial a corrente italiana. Foram utilizados na análise os tipos de poder técnico, administrativo e político definidos por Mario Testa. Na coleta das informações foram utilizados documentos e entrevistas. Foram entrevistados sujeitos instituídos e de grupos naturais do processo de implantação da Reforma Sanitária na Bahia. Buscou-se reconstruir acontecimentos na perspectiva do primeiro informante entrevistado, o então gestor máximo da secretaria da Saúde no período do estudo. Utiliza-se o mapa de idéias e a linha narrativa como ponto de partida para identificar as epifanias e o foco principal da narrativa, para em seguida selecionar outros informantes, e com estes fazer entrevistas focadas. Com a análise dos documentos busca-se corroborar e valorizar as evidências oriundas das narrativas dos entrevistados. Utiliza-se também da análise do discurso para descobrir similitudes e diferenças relacionadas ao contexto da política estadual de saúde no período estudado. Os resultados são apresentados em um cronograma histórico, e sistematizados em quatro itens: a conformação da secretaria estadual da Saúde, e as mudanças na sua organização administrativa operadas desde sua criação, o que permitiu a constituição de um poder técnico e administrativo localizado no nível central; a conformação do Movimento Sanitário na Bahia que inicia-se junto ao movimento da Reforma Psiquiátrica e amplia-se ao se articular com entidades dos profissionais de saúde e outras organizações sociais, e que influenciou na formulação do programa do governador eleito em 1986 e na indicação do gestor máximo da secretaria estadual da Saúde; a implantação institucional da Reforma Sanitária, revelando o processo político e o jogo de interesses que determinaram os constrangimentos para o processo de redemocratização da saúde e sua operação na Bahia; e os impasses políticos no interior do governo que conduziram ao afastamento do gestor estadual da saúde em maio de 1989. Conclui-se que o projeto de implantação da Reforma Sanitária através Sesab iniciou um processo que não avançou pelos impasses criados pelo jogo político partidário e por não se constituir em prioridade para o governo da mudança

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Sanitária; Movimento Sanitário; Secretaria de Saúde Estadual; Atores Sociais.

## ABSTRACT

Sanitary Reform is the result of a social movement that started in the end of the 70's.- this movement claimed for the democratization of the Brazilian society and for the building of a national health system that is decentralized and universal. In Bahia, studies have registered advances and withdrawals in the implementation of the Sanitary Reform that are associated to the changes in the political management of the State, in 1989. The milestone of the start of the implementation of the Sanitary Reform, in the State Health Secretariat in Bahia, is the election of a political group of opposition, to govern the state, allowing the insertion of formulators of the ideology of the Sanitary Reform in the execution of the state health politics. This study aims to analyze the implementation of the Sanitary Reform in the period between 1987 and 1989. It is a case study of historical, exploratory and analytical nature, taking as its form the institutional space from the Health Secretariat from the State of Bahia. It uses the approach of micro story and recurs to a group of scales and indiciary knowledge, having as a referential, the Italian current. There were used the types of technical, administrative and political power that had been defined by Mario Testa. In the collect of information there were used documents and interviews. There were interviewed instituted individuals and of group, that were natural subjects from the process of implementation of the Sanitary Reform in Bahia. It was searched the reconstruction of occurrences under the perspective of the first informant that had been interviewed, the then, maximum manager of the Health Secretariat during the period of study. It is used the map of ideas and the narrative line as the starting point to identify the epiphanies and the main focus of the narrative to, next, select other informants and have focused interviews. With the analysis of documents, it is aimed to corroborate and value the evidences that arise from the interviewees' narratives. It is also used the discourse analysis to find similarities and differences that are related to the context of the state politics in the studied period. The results are presented in a historical chronogram and they are systematized in four items: the conformation of the State Health secretariat and the changes in its administrative organization that had been operated since its creation and which allowed the constitution of a technical and administrative power located in the central level; the conformation of the Sanitary Movement in Bahia that is started together with the movement of the Psychiatric Reform , and it is enlarged when it articulates with entities of health professionals and other social organizations and that influenced in the formulation of the program of the elected governor in 1986 and on the indication of the maximum manager of the State Health Secretariat ; the institutional implementation of the Sanitary Reform which reveals the political process and the game of interests that determined the constraints for the process of re-democratization of health and its operation ion Bahia; and , finally , the political impasses in the government that lead to the parting of the state health manager in May, 1989. It is concluded that the project of implementation of Sanitary Reform through Sesab started a process that did not go forward through the impasses that had been created by the adherent political game and because they do not constitute in a priority for the government of change.

**KEY WORDS:** Sanitary Reform; Sanitary Movement; State Health Secretariat; Social Actors.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Níveis de Escala.....	41
Figura 2 - Lei de criação da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Social.....	64
Figura 3 – Reforma para a construção da sede da Sub- Secretaria de Saúde e Assistência Pública.....	67
Figura 4 - Primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia.....	116
Figura 5 – Página interna do primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia.....	116
Figura 6 – Alguns volumes da Revista da Associação Psiquiátrica .....	117
Figura 7 - Reportagem do jornal Tribuna da Bahia sobre Congresso Médico Social.....	131
Figura 8 - Plano Estadual de Saúde 1988/1991.....	187
Figura 9 - I Conferência Estadual de Saúde – CONFERES.....	187
Figura 10 - Relatório Anual de gestão da Sesab Documento 1987: um ano de mudanças na saúde.....	191
Figura 11 - Relatório Anual de gestão da Sesab.....	207
Figura 12 - Reunião para implantação do Distrito Sanitário de Itapagipe.....	210
Figura 13 - Informatização do 4º Centro de Saúde.....	212

### FOTOS

Foto 1 - Faixa de apoio das enfermeiras para indicação de Luiz Umberto para Secretário Estadual de Saúde.....	161
---	-----

## LISTA DE SIGLAS

ABEn-BA	Associação Brasileira de Enfermagem – seção Bahia
ABH	Associação Brasileira de Hospital
ABM	Associação Bahiana de Medicina
ABMR	Associação Bahiana de Médicos Residentes
Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACM	Antônio Carlos Magalhães
AHEBa	Associação dos Hospitais do Estado da Bahia
AIS	Ações Integradas de Saúde
Alcen	Almoxarifado Central
Ampla	Associação de Moradores de Plataforma
APAS	Associação de Profissionais Assistentes Sociais
APB	Associação Psiquiátrica da Bahia
Arena	Aliança Renovadora Nacional
ASPSBA	Associação de Profissionais de Saúde Pública da Bahia
Asplan	Assessoria do Planejamento
ASPO	Assessoria Setorial de Programação e Orçamento
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CCPL	Convênio Cultural de Profissionais Liberais
Ceas	Centro de Estudos e Ação Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

Ceds	Comissões Executivas dos Distritos Sanitários
Cendrhu	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Cepal	Comissão Econômica para América Latina
CES	Conselho Estadual de Saúde
Cesat	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
Cetre	Centro de Treinamento
CF	Constituição Federal
Cims	Comissões Intermunicipais de Saúde
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS	Comissões Inter-institucionais de Saúde
Clis	Comissões Locais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conferes	Conferência Estadual de Saúde
Conest	Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador
Copag	Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo
Copes	Coordenação de Programas Especiais
Coren	Conselho Regional de Enfermagem

Corhos	Coordenação Hospitalar
Corlasp	Coordenação dos Laboratórios de Saúde Pública
Cosau	Coordenação de Saúde
CPE	Comissão de Planejamento Econômico
CPP	Conselho de Política de Pessoal
CPE	Comissão de Planejamento econômico
Creneb	Conselho Regional de Medicina da Bahia
Cris	Comissões Regionais de Saúde
CSU	Centro Social Urbano
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Dasp	Departamento Administrativo do Serviço Público
Dires	Diretoria Regional de Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distritos Sanitários
Ematerba	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
Enemec	Encontro de Experiências de Medicina Comunitária
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
Fabs	Federação de Bairros de Salvador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FSESP	Fundação Especial de Saúde Pública

Fundesco	Fundação para o Desenvolvimento de Comunidades
Fusamc	Fundação de Saúde do Município de Camaçari
Fuseb	Fundação da Saúde do Estado da Bahia
GCA	Grupo de Coordenação e Apoio
Gerir	Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva
IAB	Instituto dos Arquitetos da Bahia
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IGHBA	Instituto Geográfico e Histórico da Bahia
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Iseb	Instituto de Saúde do Estado da Bahia
LBA	Liga Brasileira de Assistência
MC	Medicina Comunitária
MEC	Ministério da Educação
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MES	Ministério da Educação e Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MPAS	Ministério de Previdência a Assistência Social
MRM	Movimento da Renovação Médica
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária
MRSB	Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

MS	Ministério da Saúde
MSC	Mestrado de Medicina Comunitária
NOB	Norma Operacional Básica
Nusat	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PDRI	Projetos de Desenvolvimento Integrado
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Programa de Extensão de Cobertura de Ações Básicas
PES	Plano Estadual de Saúde
PFL	Partido da Frente Liberal
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Plandeb	Plano de Desenvolvimento da Bahia
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	Plenária Nacional de Saúde
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

Pross	Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde
PSC	Partido Social Cristão
PT	Partido dos Trabalhadores
PTT	Plano Trimestral de Trabalho
RS	Reforma Sanitária
Sams	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SEEB	Sindicatos dos Enfermeiros do Estado da Bahia
Seplan	Superintendência de Planejamento
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Sesap	Secretaria de Saúde Pública
Setrabes	Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social
SJDH	Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia
Sindlmed	Sindicatos do Médicos da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNI	Sistema Nacional de Informação
Sucam	Superintendência de Campanhas Sanitárias
Sudene	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Supes	Superintendência de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCCS	Trabalho Conjunto da Cidade do Salvador

UDR	União Democrática Ruralista
UFBA	Universidade Federal da Bahia
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPB	União dos Municípios da Bahia
URP	Unidade de Referência de Preços

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	31
2. 1 ELEMENTOS TEÓRICOS.....	31
2. 2 TRAJETÓRIAS DA PESQUISA.....	37
2.2.1 <b>Do Objeto ao Método</b> .....	38
2. 2.2 <b>Da Escolha do Método as Ferramentas</b> .....	40
2. 2. 2.1 A escala de observação.....	40
2.2.2.2 A busca de indícios.....	41
<b>2.2.3 Das Ferramentas aos Procedimentos</b> .....	50
<b>2. 2.4 Princípios Éticos</b> .....	52
<b>2.2.5 A Estruturação do Estudo</b> .....	52
<b>3 A CONFORMAÇÃO DO LUGAR</b> .....	56
3.1 A REPÚBLICA VELHA/REPÚBLICA OLIGÁRQUICA (1889 – 1930) .....	57
3.2 A ERA VARGAS/REPÚBLICA POPULISTA (1930 – 1964) .....	69
3.3 O REGIME MILITAR (1964 – 1985) .....	81
3.4 A NOVA REPÚBLICA/REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS.....	98
<b>4 A CONFORMAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO NA BAHIA</b> .....	109
4.1 O INÍCIO DAS ARTICULAÇÕES DO MOVIMENTO SANITÁRIO NA BAHIA.....	110
4.2 A ARTICULAÇÃO DAS ENTIDADES DA BAHIA EM TORNO DO MOVIMENTO SANITÁRIO (1980 – 1987).....	128

4.3 OCUPAR O ESPAÇO INSTITUCIONAL: A ESCOLHA DO SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA.....	151
<b>5 A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA E A REFORMA SANITÁRIA.....</b>	<b>165</b>
<b>6 OS IMPASSES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO DA REFORMA SANITÁRIA NA SESAB.....</b>	<b>221</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>242</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>248</b>
<b>APENDICE 1 - FONTES DOCUMENTAIS.....</b>	<b>263</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1970, começam a aparecer os sinais de enfraquecimento do regime autoritário, com o avanço das forças político-sociais em prol de uma transição democrática no Brasil. Em sintonia com a intensa mobilização nacional, no campo da saúde expande-se uma crítica contundente sobre os fundamentos básicos do sistema nacional de saúde.

Estas questionavam, principalmente, o modelo de atenção à saúde direcionado para ações curativas associadas à incorporação intensa de tecnologias de equipamentos e medicamentos, à supremacia da rede privada em detrimento da fragilidade da rede pública, além de um baixo impacto do sistema de saúde no perfil de morbi-mortalidade da população.

As contradições aparentes no sistema de saúde brasileiro são frutos das disputas de distintos e, por vezes, antagônicos projetos políticos no País. A manutenção e consolidação de um sistema de saúde universal, igualitário e com qualidade constitui-se em um processo marcado por contradições, continuidades e rupturas. Esse processo histórico conformou não apenas o atual sistema de saúde, mas, também, o legado com o qual este tem que lidar. Este legado compreende, dentre outros, uma estrutura de ação vertical e centralizada no governo federal, um setor privado com forte influência na conformação das políticas públicas, predatório do Estado e a fragmentação das ações de saúde, com predomínio e privilégio das ações curativas (MENDES, 1993; 1996; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PAIM, 1997; 2007).

No cenário nacional, os primeiros anos da década de 1980 foram marcados por uma grande mobilização para redemocratizar o País, atingindo seu ápice com a eleição indireta, através de um colégio eleitoral, do Presidente da República em 1985. Nesse período, na área da saúde aprofunda-se a mobilização do Movimento Sanitário<sup>1</sup>, com o amadurecimento das suas propostas para fundamentar e formular uma Reforma Sanitária.

Com a instalação da Nova República no Brasil, em 1985, estabelece-se um

---

<sup>1</sup> A atuação política de diversos grupos sociais que se fez em prol do aprofundamento da crítica ao modelo hegemônico de assistência médica vigente no Brasil. Formado inicialmente por um grupo de profissionais da saúde, que lutava pela construção de um novo sistema de saúde com características mais democráticas, o Movimento Sanitário ganhou adesão de outros grupos sociais e de parlamentares. Com propostas para discutir mudanças na estrutura e na política de saúde do País, influenciou nas definições sobre o sistema de saúde incorporadas na Constituição Federal de 1988 (ESCOREL, 1998; 2008).

pacto entre as correntes políticas que apoiavam o governo autoritário e a elite econômica, propondo um novo padrão de desenvolvimento, a definição de um novo arcabouço jurídico-institucional e a implantação de políticas que resgatassem a imensa dívida social brasileira (ABRUCIO; SAMUELS, 1997; ESCOREL, 2008).

Nesse contexto, todas as proposições alternativas para o sistema de saúde hegemônico encontravam dificuldades políticas para sua operacionalização, ou porque iam de encontro a interesses de grupos que tinham forte ligação com a política partidária e com a estrutura burocrática do Estado, ou porque ameaçavam interesses corporativos de categorias profissionais ou de servidores. Entretanto, estas proposições, mesmo quando não operadas, como é o caso do PREV-SAÚDE<sup>2</sup>, forneceram dados para um rico processo de produção teórica sobre o setor saúde no Brasil. Outro aspecto a considerar, são os processos de reforma sanitária em curso em outros países como a Itália e o Canadá, permitindo aos intelectuais brasileiros acesso ao conteúdo de reorientação dos sistemas de saúde já produzidos naqueles países (FELIPE, 2007; OLIVEIRA, 2007a).

O conjunto de proposições resultantes das discussões conduzidas pelo Movimento Sanitário e tornadas públicas pela suas lideranças, foi denominado Reforma Sanitária brasileira (LUZ, 2007). Segundo Oliveira (2007a), embora a palavra “reforma” neste contexto não tenha uma definição muito clara, assumiu o sentido de avanço a partir das proposições anteriores.

Estas propostas tiveram seu ponto máximo de legitimação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando se estabeleceu um consenso para implantação de uma Reforma Sanitária (RS) que se concretizaria apenas em um ambiente democrático. Para tanto, necessitava-se de transformações no âmbito político-jurídico, político-institucional e político-operativo do sistema de saúde. Além de absorver o conceito de saúde como qualidade de vida, era premente a necessidade de reformulação do sistema nacional de saúde, cuja gestão era centralizada no âmbito federal sob condução de duas instituições: o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em um sistema único de saúde. Desta forma, a 8ª CNS estabeleceu os marcos políticos e conceituais para a orientação do processo de transformação do setor saúde no País (BRASIL, 1987).

---

<sup>2</sup> Projeto de reformulação da assistência à saúde, que tinha entre seus objetivos a universalização da atenção e a articulação interministerial integrada com as secretarias da saúde.

Como desdobramento da 8ª CNS está a conformação de uma plenária de saúde e a indicação, pelo Presidente da República, de um grupo executivo da RS. Através de uma portaria interministerial, o presidente instituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) que, com base nos princípios definidos pela 8ª CNS, deveria elaborar, em um prazo de 180 dias, as propostas para a implementação das deliberações aprovadas nesta Conferência. Com uma composição com representantes dos segmentos públicos, privados, sociais e de partidos políticos interessados sobre a saúde, a CNRS condensou suas atividades em dois documentos: "Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição" e "Proposta de conteúdo Saúde para a Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde" que se transformaram na base da discussão e aprovação, na Assembléia Nacional Constituinte, do novo sistema nacional de saúde (PAIM, 2007; ESCOREL, 2008; SANTOS, 2009).

Essa formulação foi acompanhada e monitorada pela Plenária Nacional de Saúde, composta por participantes de entidades sindicais, movimentos sociais, entidades de profissionais de saúde, representantes da academia, representantes setoriais, parlamentares e outros, e se transformou em um fórum com participação intensa no processo constituinte (PAIM, 2007; ESCOREL, 2008; SANTOS, 2009).

Para Santos (2009, p.12), os:

[...] eventos dos anos 80 só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

Teixeira (2007a), referindo-se aos trabalhos da CNRS, sinaliza que os seus resultados significaram perda do Movimento Sanitário, já que os documentos resultantes são decorrentes de propostas das organizações sindicais, empresariais, profissionais, burocratas e intelectuais com interesses bastante diversificados.

Alguns autores (MENDES, 1993, ESCOREL, 2008; SANTOS, 2009), relatam que Assembléia Nacional Constituinte instala-se num espaço democrático de negociação constante, onde desempenha papel importante um núcleo de congressistas apoiados pelas forças que vinham construindo o projeto da Reforma

Sanitária. Entretanto, Luz (2007) e Paim (2007) chamam a atenção para os embates na arena política nacional, com a presença forte do grupo político denominado de “centrão” que, aliado à corrente política conservadora e de direita, em alguns momentos colocou em risco a garantia dos avanços sociais no texto constitucional. Também se expressavam divergências sobre temas fundamentais para a proposta da Reforma Sanitária, enunciados com discursos institucionais e de atores antagônicos ao Movimento Sanitário, revelando a defesa dos interesses corporativos, econômicos e políticos contrários a um sistema único de saúde.

Portanto, a implantação da RS constitui-se num processo matizado e mutável de divisão e desarmonia, que não pode ser descrita através de uma imagem idílica, de que, por ser resultante de um movimento social, dá-se de forma solidária e sem conflitos.

Neste contexto, escreve-se e aprova-se a Constituição Federal (CF), em 1988, que propõe uma nova lógica organizacional da atenção à saúde referida pela RS, embora se identifique no seu texto conteúdos da prática corrente e hegemônica no sistema de saúde.

A CF de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas dos três esferas de governo (União, estados e municípios) e complementado pelo setor privado (BRASIL, 1988).

Mendes (1996); Felipe (2007) e Oliveira (2007a) registram que, a partir da Constituinte, estabelece-se no País o enfrentamento entre dois projetos: o projeto neoliberal e o projeto da Reforma Sanitária, ambos com movimentos expressivos para manter, no caso do primeiro, ou construir, no caso do segundo, a hegemonia de suas práticas no sistema de saúde brasileiro.

Este enfrentamento continua se expressando na implementação do SUS, que busca transformar o modelo assistencial médico-privatista hegemônico no País (MENDES, 1993; PAIM, 2003) e que se aproxima do projeto neoliberal, tendo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) como sua principal interlocutora política (MENDES, 1993; 1996).

O projeto da RS, do qual o SUS é a expressão institucional da política de saúde (PAIM, 2007) pautada na garantia de saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, é implementado considerando os princípios da universalidade e equidade, operacionalizados através de uma rede regionalizada e

hierarquizada de sistemas de serviços de saúde, com práticas que garantam a integralidade nas suas ações e a participação da comunidade na gestão descentralizada entre as três esferas de governo. O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e os Conselhos de Saúde têm sido os principais interlocutores do Movimento Sanitário pela Reforma Sanitária.

Entretanto, questiona-se o que efetivamente é a Reforma Sanitária brasileira: um projeto de democratização estruturante que não se esgota na reforma do setor saúde e sim na democratização da saúde como estratégia para uma mudança social? Um projeto de reforma do sistema de saúde que abrange apenas a redefinição de funções institucionais e dos âmbitos de governo?

A Reforma Sanitária tem sido descrita por vários estudiosos (MENDES, 1993; 1996; GUIMARÃES, 2000; PAIM, 1997; 2007; LUZ, 2007; TEIXEIRA, 2006; 2006a; 2007; FELIPE, 2007; MENICUCCI, 2007), sob diferentes perspectivas críticas e teóricas. Para alguns, trata-se de uma mudança estrutural do setor saúde; para outros, mudanças no processo interno das instâncias de saúde dos âmbitos nacionais e sub-nacionais; e, para outros, uma mudança social que acompanha a redemocratização do País, existindo predominância daqueles que veem o Estado como principal agente transformador da sociedade e, portanto, também do sistema de saúde.

Paim (2007) apresenta uma revisão crítica exaustiva sobre como a RS pode ser concebida. Este autor revela que, embora tenha sido formulada como uma reforma social, a RS tem se constituído em uma “reforma parcial predominantemente setorial e institucional” (PAIM, 2007, p.271) onde a implantação do SUS é o seu principal resultado. Entretanto, o autor aponta os ganhos políticos na difusão da consciência da saúde como direito na participação social. Acrescenta que a reforma social prometida no ideário ideológico do Movimento Sanitário poderá ainda ser viabilizada, superando a concepção restrita de apenas a implantação e implementação do SUS.

A construção do SUS completou vinte anos, em 2008 e constitui-se, ainda, como uma reforma com foco nas instituições da área da saúde que compõem o Estado. Identifica-se a necessidade de retomar a concepção ideológica da década de 1970, que avançou na formulação do discurso contra-hegemônico do modelo médico-assistencial-privatista nos anos de 1980. No avanço da implementação do

SUS, verificou-se a ampliação da base do Estado com a municipalização das ações e serviços de saúde intensificada nos anos de 1990, necessitando de novos mecanismos para construção de uma agenda para a formulação do pacto inter-federativo, vigente a partir dos anos 2000 (BRASIL, 2006). Este contexto exige que a sociedade brasileira e o Movimento Sanitário, em particular, que já contam com fundamentos sólidos, retomem a discussão sobre a concepção mais ampliada do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

O tema desta tese é a implantação da Reforma Sanitária no estado da Bahia, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado (Sesab). Este se aproxima do estudo desenvolvido durante o mestrado da autora, quando analisou o processo de municipalização das ações e serviços de saúde na Bahia, tomando como referência a implantação da Norma Operacional Básica/NOB 01/93 (MOLESINI, 1999). Os achados nesta pesquisa e em outras, evidenciaram que, embora o estado da Bahia tenha sido um dos primeiros que incorporou a descentralização na gestão do sistema de saúde, implementou tardiamente a municipalização, comparado com o cenário nacional (MOLESINI, 1999; GUIMARÃES, 2000).

Entende-se que o grau de desenvolvimento do processo de municipalização em cada estado reflete o avanço das propostas da RS, já que a municipalização é a expressão do princípio da descentralização e que a sua implementação exige modificações nos componentes do sistema de saúde<sup>3</sup> no âmbito federal, estadual e municipal.

Estas reflexões impulsionaram meu interesse em dar continuidade ao estudo do tema da implantação da Reforma Sanitária na Bahia, ante a constatação de que esta sofreu um retrocesso na sua implementação, quando se observa os outros estados do País (HEIMANN, 1998; GUIMARÃES, 2000). Como exerci atividades profissionais na gestão do Sistema Único de Saúde e na docência, ao vivenciar este processo, identifiquei elementos que me têm motivado a refletir sobre a gênese da RS no estado da Bahia, certa de que a compreensão sobre este processo poderá contribuir para a compreensão sobre a própria implantação e implementação do SUS neste estado.

Por outro lado, a forma como vivi, particularmente, a experiência de implantar um Distrito Sanitário em Salvador/Ba, entre 1987 e 1989, alimentou de muitos

---

<sup>3</sup> Ver LOBATO; GIOVANELLA, 2008; PAIM, 1993; KLECZKOWSKI; ROEMER; WERFF, 1984.

modos meu interesse de pesquisa e minhas indagações.

O momento imediato a 1985 foi marcado por intensa agitação do Movimento Sanitário na tentativa de implementação do ideário da RS. Esse contexto político nacional de redemocratização favoreceu a intensificação de iniciativas institucionais no setor saúde, que permitiram a acumulação de experiências de gestão e de práticas no sistema de serviços de saúde, apoiadas nos conteúdos já produzidos pelo ideário da RS (MENDES, 1993; TEIXEIRA, 1995; SILVEIRA, 2006; NUNES, 2007; FELIPE, 2007; ESCOREL, 2008).

Entretanto, a implementação de um projeto de RS enfrenta algumas situações que podem levar a constrangimentos na sua efetivação, como por exemplo: a exigência de negociação entre vários atores que estão em posições distintas (gestores das três esferas de governo, câmaras legislativas, trabalhadores, líderes comunitários etc.). Na saúde, a proposta da RS implica uma forte integração entre as três esferas de governo, além de uma constante pactuação política com a sociedade.

Por outro lado, embora o ideário da RS tenha como um dos seus princípios estratégicos a descentralização da gestão para o âmbito municipal, o primeiro movimento da RS, deu-se por uma estadualização da gestão da saúde, exigindo da esfera estadual ajustes na sua estrutura administrativa para responder ao conjunto de mudanças necessárias para operar um novo sistema de saúde.

A Bahia foi um dos primeiros estados a aderir a este processo do ponto de vista institucional<sup>4</sup>. Uma das razões que facilitou esta decisão foi de também se iniciar no estado a instalação de um projeto de governo que apontava para mudanças políticas significativas, com a vitória de Waldir Pires para governador da Bahia, no final de 1986. Este foi eleito com esmagadora vitória, numa campanha de oposição ao carlismo<sup>5</sup>, após trinta anos em que um grupo político de oposição tinha ocupado a gestão do governo estadual.

Durante os dois anos iniciais da gestão do governo estadual, entre 1987 e 1989, a análise de registros documentais e a inserção da autora como servidora da Sesab no período deste estudo possibilitam a identificação de um marco, com a assunção do governo do estado e da Sesab do ideário da Reforma Sanitária como

---

<sup>4</sup> Considera-se que a assinatura do convênio para o para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) seja o início da implantação nas estruturas administrativas estaduais.

<sup>5</sup> Ver DANTAS NETO, 2003.

proposta da política estadual. Isto se revela, por exemplo, na absorção no programa do governo eleito das propostas do campo da saúde do programa político do deputado eleito Luiz Umberto, liderança estadual e de expressão nacional do movimento para a RS (PAIM, 2002). Além disso, o referido deputado foi nomeado Secretário de Estado da Saúde pelo governador eleito.

Entretanto, essa inserção do estado da Bahia, no processo de implantação da RS, sofre uma ruptura com a saída do governador Waldir Pires no meio do mandato, em 1989, para concorrer ao cargo de vice-presidente da República na eleição nacional.

Esta ruptura trouxe aparentemente profundas conseqüências ao processo da RS na Bahia e da futura implantação do SUS estadual. O sistema de saúde da Bahia tem sido tema de estudos de dissertações e teses como foco em aspectos específicos<sup>6</sup>, como por exemplo, a implantação de projetos, financiamento, descentralização etc.

No entanto, considerando o significado da RS brasileira para mudar o setor saúde, este processo nunca foi estudado na Bahia, nem tampouco assumindo o foco institucional via a Sesab. Este é, portanto, um estudo original que poderá contribuir com o campo não só das políticas de saúde, como também das políticas sociais no Brasil.

Assim, esta pesquisa tem como tema central a implantação da Reforma Sanitária na Bahia, no período entre 1987 e 1989, tomando como foco o âmbito institucional da Sesab, considerando-se que este é um período essencial para compreender o processo da implantação da RS na Bahia.

A manutenção do carlismo na Bahia, por um longo período no comando do governo estadual, significou a consolidação de uma estrutura e processo de trabalho no interior da burocracia governamental fortemente ligada às elites políticas dominantes, desenvolvendo-se um processo de privatização dos interesses públicos. Estas influências poderiam inviabilizar qualquer proposta de mudança contrária aos interesses dos grupos dominantes, como o projeto da Reforma Sanitária, ou produzir dificuldades que reduziriam o impacto das mudanças. Além disso, a política baiana é caracterizada pela existência de elementos da gramática política brasileira como o clientelismo e o corporativismo (NUNES, 1977; DANTAS

---

<sup>6</sup> Identifiquei dissertações e teses referentes a alguns aspectos da RS na Bahia defendidas no Instituto de Saúde Coletiva e na Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia/UFBA.

NETO, 2003).

Para Bloch (1985), o olhar crítico sobre o passado permite a compreensão do presente e cria possibilidades de se projetar o futuro. Nesta perspectiva, tomei como objeto de estudo a implantação da RS através da Sesab, na perspectiva analítica de como o início da Reforma Sanitária, no contexto da Bahia, poderia desvelar elementos para entender o processo de implantação do SUS neste estado e também compreender as barreiras para sua implantação numa sociedade desigual.

Partindo desta constatação, a pergunta central desta pesquisa é: Como se deu a implantação da Reforma Sanitária na Bahia? E, como perguntas conexas: Que fatos/movimentos foram precursores do início da implantação da RS na Sesab? Que fatos podem ser identificados como produzidos para criar condições para a implantação da RS na Bahia através da Sesab? Que atores estiveram presentes na gênese da implantação da RS? Quais os desafios na implementação da RS através da Sesab? Existiram elementos comuns à gestão do governo estadual e à gestão da Sesab para a implantação da RS na Bahia?

Os pressupostos que sustentam as perguntas norteadoras são:

- Em 1985, dá-se o fim da Ditadura Militar e avança o processo de democratização da sociedade brasileira. Em 1986, no campo da saúde, os avanços democráticos refletem-se na realização da 8ª CNS, onde se aprovam os princípios e pressupostos para uma ampla Reforma Sanitária. Tais fatos acontecem concomitantemente ao início do governo da Bahia, que toma posse em 15 de março de 1987, colocando no poder um grupo de oposição ao grupo político que governou o estado por mais de trinta anos. No seu programa de governo este grupo de oposição, vencedor das eleições, defende mudanças na condução do estado e também no campo da saúde. Para a condução da secretaria estadual da Saúde é escolhido como dirigente um deputado estadual, oriundo do movimento social e do chamado Movimento Sanitário nacional. O programa de governo para a saúde absorve projetos da pauta de atuação do deputado e este agrega em seu *staff* na Sesab membros de organizações políticas de profissionais da saúde e membros do Movimento Sanitário na Bahia. Tais fatores permitem que se dê início à implantação da Reforma Sanitária na Bahia através da Sesab, em condições iniciais favoráveis, dado que o contexto político indicava apoio às

mudanças na condução política do estado, o que inclui mudanças no sistema de saúde. Por outro lado, o governo do estado assume no seu programa as diretrizes e princípios da RS e o dirigente da Sesab era um expoente deste movimento social no âmbito nacional.

- O Movimento Sanitário apontava para a necessidade de profundas transformações, tanto no campo doutrinário como nas ações e serviços de saúde. Na Bahia, muitos dos técnicos que assumiram funções dirigentes, tanto na Sesab quanto na direção regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), além de oriundos do próprio Movimento Sanitário, tinham competência técnico-política para executar as mudanças apontadas pelo Movimento para a Reforma Sanitária no campo da saúde. Portanto, os fatores de contexto apontavam para uma implantação precoce e consistente da RS. Mesmo com as condições iniciais favoráveis, as determinações históricas na conformação da burocracia estadual e na convivência político – partidária, centrada em interesses privados dos grupos de poder ao interior dos partidos –, provocou constrangimentos que culminaram na ruptura desse processo, a partir de 12 de maio de 1989.

Nesta perspectiva, busquei compreender o poder no interior de uma secretaria estadual da Saúde em seus diversos contextos e através da sua articulação interna e externa com o governo estadual e o âmbito federal, reconstituindo a implantação da RS na Bahia através da Sesab. Também, destaco como se deu a entrada na gestão da saúde, simultaneamente à vitória de grupo político de oposição para o governo estadual, de protagonistas intelectuais orgânicos da RS na Bahia (da esquerda e/ou do Movimento Sanitário).

A implantação da RS, através da Sesab, permaneceu sendo meu principal foco para a análise. Entretanto, ao optar por usar a micro-história como método de pesquisa, esta me permitiu fazer conexões e compreender a repercussão do contexto da Bahia e do Brasil na gênese da RS no estado, para além da especificidade da Sesab.

Desta forma, procurei reconstituir a gênese da RS na Bahia através da trajetória do dirigente protagonista da Sesab, compreendendo que esta trajetória se localiza em um contexto construído através das estratégias individual e de cada um

dos grupos de interesse envolvidos no processo de implantação da RS, relacionadas com fatos políticos e econômicos locais e nacionais. Portanto, este não é um estudo específico sobre a Sesab, mas do significado que essa pôde assumir no cerne das relações históricas tecidas a partir do Movimento para a RS na Bahia; da vitória de um governo de oposição no estado; e da nomeação para a gestão da saúde estadual de um membro do Movimento Sanitário detentor de um cargo político na Assembléia Legislativa.

Este estudo procura analisar a implantação da RS na Bahia nas relações inextrincáveis da gestão da saúde através da Sesab e do contexto da política estadual e nacional. Desta forma, busquei reconstituir e analisar criticamente a história, tecendo as suas partes e as várias dimensões do meu objeto de estudo.

Não concebi, no entanto, um primeiro momento de construção de um quadro teórico, ao qual sucedeu um trabalho de campo coerentemente articulado à visão teórica adotada. Pelo contrário, fui desenvolvendo a estratégia de trabalhar a partir de um processo em que o objeto de investigação é construído através de uma espécie de quebra-cabeça teórico-empírico, o que exigiu uma reconstrução teórica consistente com os achados que emergiam em cada etapa da pesquisa (REVEL, 1998; CHALHOUN, 2009). A lida com as idéias políticas, com seus rumos entretecidos na história da RS na Bahia e no Brasil, tornou necessário depurar conceitos habitualmente evocados de forma homogênea, com muita dificuldade de aplicá-los em uma situação local.

Destarte, utilizei como abordagem a micro-história, dado que a observação microscópica pode revelar fatores previamente não observados. Portanto, busquei compreender os processos sociais num contexto mais restrito da Sesab e a influência das transformações globais sobre o comportamento ou trajetória individual ou dos grupos, para me aproximar da realidade investigada. Para isso, foi necessário seguir os três passos recomendados por Levi (1992): a redução da escala de observação, a análise microscópica e o estudo intensivo do material documental.

A redução de escala permitiu-me identificar a relação da Sesab e o contexto mais amplo em que ela está inserida. A análise microscópica permitiu-me a identificação de acontecimentos e/ou fatos importantes e unir evidências, configurando uma rede de relações e significados relacionados ao objeto em estudo.

Nesta perspectiva, o caminho que percorri vai dos temas de discussão intelectual sobre a RS aos espaços institucionais na estrutura administrativa da saúde no estado da Bahia. A trajetória do Secretário de Estado da Saúde, Luiz Umberto Pinheiro, foi um pretexto para reconstituir o ambiente político e, através da trajetória singular, compreender fenômenos gerais que explicam a gênese da implantação da RS na Bahia. Daí, a ênfase da pesquisa situa-se na implantação da RS através da Sesab, no período entre 15 de março de 1987 e 12 de maio de 1989, como ponto de partida e de chegada da investigação.

Isto posto, é objetivo geral deste estudo analisar a implantação da Reforma Sanitária na Bahia, no período entre 1987 e 1989. Como objetivos específicos assumo: identificar que fatos/movimentos foram precursores do início da implantação da RS na Sesab; discutir que fatos podem ser identificados como produzidos em função de criar condições para a implantação da RS na Bahia através da Sesab; identificar que atores estiveram presentes na gênese da implantação da RS na Sesab; analisar quais os desafios para implementação da RS através da Sesab; examinar elementos comuns à gestão do governo estadual e a gestão da Secretaria Estadual da Saúde para a implantação da RS na Bahia.

## 2 METODOLOGIA

Conforme anunciei no item anterior, a implantação da RS através da Sesab deu-se em um contexto histórico onde o desafio era democratizar a saúde no estado. Estudar esta proposta de mudança é evidenciar a discussão sobre um tema pouco explorado como o início da institucionalização da Reforma Sanitária no estado da Bahia.

A escolha da História para realizar este estudo está pautada na convicção de que ela nos torna mais conscientes do nosso protagonismo no tempo, tornando o passado e o presente indissociáveis. Para Bloch (1985, p. 26-27) a história é a ciência “[...] de los hombres em el tiempo” e completa “[...] este tiempo verdadero es, por su propia naturaleza, um continuo. Es também um cambio perpetuo”.

### 2.1 ELEMENTOS TEÓRICOS

Segundo Falcon (1997), a ligação entre História e Poder está presente desde as primeiras narrativas iniciadas pelos gregos, centradas em grandes feitos de políticos e/ou nos chefes de Estado. A História apresenta-se como escrita na forma narrativa e direcionada para o desenvolvimento de Estados nacionais, enfocando o poder instituído. Esta forma de História, por longo tempo, foi dita como a história feita por historiadores, passando mais tarde a ser identificada como História Política Tradicional.

A Historiografia, apenas descritiva ou narrativa, no sentido exclusivamente factual de escrever, enfrentou críticas pela Escola dos *Annales*, que advogava um tratamento científico dos fatos históricos, conduzido por hipóteses que permitissem análises e não apenas seu ordenamento e descrição, o que levou a uma grande transformação da Historiografia do século XX (BURKE, 1997; LIMA, 2006; BARROS, 2007).

O campo da História Política, dita Tradicional, centrada nas “[...] temáticas entre o institucional e o individual de elite, com seu olhar de cima e sua perspectiva eurocêntrica, teve de ceder espaço a uma nova história [...]” que passa a ser denominada de Nova História Política (BARROS, 2007, p.32).

A Nova História Política do século XX superou a exclusiva preocupação com a política dos grandes Estados, conduzidas ou sob interferência dos grandes

homens. Esta História passa a se interessar também pelo poder em suas outras modalidades (micropoderes), tomando os indivíduos comuns como portadores de indícios que podem revelar um aspecto social mais amplo (REVEL, 1998; BARROS, 2008).

Como disciplina a História toma como objeto os acontecimentos, tendo o historiador que explicar para reconstruir. Desta forma, a retrospectiva da análise é sempre para reconstrução dos acontecimentos. Entretanto, uma pesquisa histórica não produz resultados ou respostas e sim aproximações (VEYNE, 1992; MUNSLOW, 2009).

Segundo Lima (2006), as discussões sobre a disciplina histórica nas últimas décadas esta marcada por um panorama geral divergente:

[...] pelo deslocamento desde uma perspectiva historiográfica globalizante, preocupada com as continuidades dentro de longos processos históricos e largos espaços geográficos, em direção a um recorte mais circunscrito e voltado para trajetórias individuais e de grupos (LIMA, 2006, p.15).

Resultantes destes debates e do diálogo com outras ciências humanas e sociais, desencadeiam-se vários ramos de subespecialidades dentro da disciplina histórica (CARDOSO, 1997; JACOBINA, 2007; BARROS, 2007; 2008). No bojo destas discussões, encontram-se as formulações da micro-história, geradas a partir dos questionamentos sobre os métodos e procedimentos da história social (LIMA, 2006).

A Micro-história é um campo da historiografia que surge a partir de historiadores italianos, na década de 1970, entre eles Edoardo Grendi, Carlo Poni, Giovanni Levi e Carlo Ginzburg, colaboradores da revista *Quaderni Storici*, e, mais tarde, através de uma coleção denominada *Microstorie*. As formulações destes estudiosos ultrapassaram as fronteiras italianas para disseminar suas críticas e influenciar nas discussões no âmbito da história em vários países, a partir da década de 1980 (REVEL, 2000; LIMA, 2006).

No Brasil, Freitas (1999) identifica estudos históricos que utilizam alguns aspectos deste campo, desde os trabalhos de Sérgio Buarque de Holanda e Antonio Candido de Mello e Souza, que, na década de 1950, já utilizavam o conhecimento indiciário em suas obras. Encontrei produções de teses no Brasil que utilizaram a Micro-história, das quais destaco as pesquisa de Lima (2006), que traz uma revisão

sobre as contribuições de Edoardo Grendi, Carlo Poni, Giovanni Levi e Carlo Ginzburg para consolidar a Micro-história como um campo da historiografia.

Outros autores, como Gomes (1997), Mello (2000), Souza (1993; 2009) e Chalhoub (2009) utilizam o método da Micro-história para desvelar a historicidade e historiar acontecimentos e/ou processos da história brasileira na perspectiva da trajetória de atores que, até então, não faziam parte desta. Percebe-se, portanto, que a utilização Micro-história já faz parte da produção acadêmica brasileira, inclusive na Bahia, dado que, segundo Souza (2009), o pesquisador baiano Luiz Mott desde 1992 já utiliza elementos deste método para descrever casos de sincretismo religioso.

Retornando aos formuladores iniciais da Micro-história, estes questionavam as noções globalizantes e abstratas da historiografia tradicional que Ronaldo Vainfas (1997, p.448) sintetiza afirmando que: “[...] uma das características fundamentais da Micro-história: é sua renúncia à história geral, à contextualização sistemática, a grandes generalizações processuais, a explicação, a totalidade e a síntese”.

Segundo Lima (2006), a Micro-história se construiu e se desenvolveu a partir de alguns eixos temáticos e metodológicos que podem ser demarcados com clareza. Este autor defende que a microanálise das redes de relações sociais, como processo definidor da história social, e a redução da escala de análise como operação, são possíveis de serem realizadas sobre problemas historiográficos de qualquer dimensão (e, desse modo as biografias e estudos de caso são objetos privilegiados de análise). Por outro lado, o fragmento como via de acesso aos objetos de indagação histórica, a crítica ao relativismo historiográfico, a atenção sobre as formas de comunicação do conhecimento histórico são também recursos para responder as interrogações do pesquisador na pesquisa micro-histórica.

Giovanni Levi (1992; 2000), um dos pioneiros no gênero da Micro-história, salienta que o princípio unificador de toda a pesquisa micro-histórica é a crença em que a observação microscópica revelará fatores previamente não observáveis. Por isso, o interesse pelos casos minúsculos, em direção às trajetórias individuais e de grupo, podem revelar dimensões inesperadas dos objetos estudados.

Para a Micro-história, através da narrativa de casos miúdos expõe-se com muita propriedade a história para leitores especializados e não especializados, situação em que, às vezes, aparece uma discussão de que esta abordagem está entre a ciência e a literatura (LIMA, 2006).

Diminuir a escala significa algo como se aproximar de um objeto com uma lupa, no intuito de perceber nele peculiaridades ainda não observadas, ou seja, a busca de idéias ímpares. Nesse sentido, o ofício do historiador seria próximo à atividade do detetive e do médico, que pelos indícios e pequenas provas reconstroem um mundo de significação. No caso do detetive, o crime; no caso do médico, a doença; no caso do historiador, desvelar acontecimentos anteriormente despercebidos. Portanto, a consciência da escala de observação é o núcleo central da Micro-história (GINZBURG, 1989; REVEL, 1998).

Esta abordagem tem, portanto, como procedimento analítico a redução na escala de observação e o estudo de forma intensiva do material documental, para perceber aspectos que, de outro modo, passariam despercebidos (LEVI, 1992; BARROS, 2007). Vale ressaltar que a Micro-história difere da História local, que estuda uma situação microlocalizada por ela mesma. No caso da primeira significa “[...] acompanhar o fio de um destino particular – de um homem, de um grupo de homens – e, com ele, a multiplicidade dos espaços e dos tempos, a meada das relações nas quais ele se inscreve” (REVEL, 1998a, p.21).

A Micro-história não se define apenas pela redução da escala nem por lidar, por exemplo, com uma história regional ou local. Define-se por um “jogo de escalas” entre o micro e o macro, entre a microanálise de particularidades históricas, como texto, e um universo maior, como contexto. Nessas idas e vindas entre o estudo de, por exemplo, uma comunidade local ou regional ou uma série de biografias e a sociedade que as compreende, o micro faz os descobrimentos e o macro lhes atribui significados ao localizá-los num contexto específico (REVEL, 1998; LEVI, 1992).

Nesta perspectiva, o contexto é sempre e necessariamente diverso; é o lugar de um jogo relacional, onde a ação dos sujeitos históricos efetivos é capaz de definir soluções e propor encaminhamentos que *a priori* não estariam dados. Neste sentido, a narrativa histórica não é apenas o relato do efetivamente acontecido, porque necessário à razão histórica, mas, também é o relato das alternativas possíveis postas num jogo a ser decidido pelos atores históricos em questão (GRIBAUD, 1998).

Este entendimento faz parte das formulações defendidas principalmente por Levi (1992), ressaltada por Revel (1998a, p.27) como uma originalidade na abordagem micro-histórica, por negar a existência de:

Um contexto unificado, homogêneo, dentro do qual e em função do qual os atores determinariam suas escolhas. O que é proposto, ao contrário, é constituir a pluralidade dos contextos que são necessários à compreensão dos comportamentos observados.

Para Ginzburg (1989), não há Micro-história sem o jogo de escalas, sem o contexto; a simples redução da escala não leva a parte alguma, já que só revela uma crônica ou mesmices. Para este mesmo historiador, na Micro-história a redução da escala é utilizada para compreender a história geral. Isto pode ser ilustrado se considerarmos a maneira como se usa o microscópio. Através dele podemos ver as coisas anteriormente não visíveis, mas que existiam. Esta abordagem procura analisar como funciona a sociedade na sua base e, através desses dados, generalizar conclusões com o intuito de gerar perguntas e respostas capazes de serem comparáveis em outros contextos.

Revel (1998) chama a atenção que o debate sobre o jogo de escalas está no reconhecimento de que uma realidade social não é a mesma, dependendo do nível de análise. Dado que o jogo de escala oferece ângulos diferentes de construção do objeto de pesquisa, estes ângulos não podem ser pensados como extremos de um mesmo contínuo (micro e macro), mas como uma inter-relação entre os níveis.

Estas indicações teóricas demandam a definição de níveis de escala neste trabalho (Figura 1), por entender que os formuladores desta abordagem deixam claro a necessidade de tomar um universo recortado para, a partir daí, examinar a rede de relacionamentos e imposições que passaram a constranger ou não os indivíduos, produzindo estratégias por aqueles que são obrigados a se movimentar neste universo e, do outro lado, os contextos constituídos historicamente, podendo assim encontrar as chaves para analisar como se desenvolveu o objeto em estudo. Para Carlo Ginzburg (1991), o contexto constitui-se num verdadeiro coringa que salva a Micro-história da irrelevância da escala reduzida.

Assim como numa espiral, a análise volta à mesma questão, porém tomando outro nível de escala, para vincular um acontecimento histórico singular a sistemas mais abrangentes de dados e significações. A seguir, elaboram-se quadros explicativos diretamente extraídos dos acontecimentos. Estes quadros devem ser apreendidos como patamares sucessivos e buscando suas inter-relações, tomando o cuidado de distinguir níveis de interpretação: o da situação vivida com a época em que foi observada (REVEL, 1998).

Outro procedimento da Micro-história é o modo de buscar pequenos detalhes na análise intensiva das fontes. A reconstrução histórica de fatos, situações e documentos individuais através de pistas, sintomas e sinais é defendida por Ginzburg (1991) como um novo paradigma, denominado por este de paradigma indiciário, diferente das sínteses construídas através de regularidades de fenômenos comparáveis e passíveis de generalização. Desta forma, o paradigma indiciário baseia-se nos procedimentos centrados na interpretação dos resíduos e/ou dados marginais, que podem ser reveladores e que se constituem no seu ponto essencial.

Esta técnica, muitas vezes pulverizadora, centrada na diferença de escala no posicionamento do sujeito/observador, pode desvelar algo da realidade que não poderia ser percebido através de uma abordagem global. A atenção é direcionada entre as descontinuidades e divergências nos pequenos pormenores, utilizando-as, também, para grandes conexões (VAINFAS, 1997; LIMA, 2006; BARROS, 2007; 2008). Pautado nestes procedimentos, Ginzburg (1991) considera o conhecimento histórico como indireto, indiciário e conjectural.

Buscar indícios das particularidades é a capacidade de ouvir a voz dos personagens, fugindo das generalizações, examinando a trajetória destes indivíduos e buscando reconhecer um espaço de liberdade dos atores sociais dentro de sistemas prescritivos e repressores. Em uma situação aparentemente normal, pode-se desvelar as estratégias existentes para conciliar os imperativos do sistema com os interesses específicos que coexistem dentro dele. Desta forma, reconstitui-se um passado que se emenda com a vida de cada um dos sujeitos naturais dos fatos históricos e não apenas um esforço de pesquisa de fatos pelos arquivos (LEVI, 1992; 2000).

Destarte, ao estudar a trajetória de um indivíduo comum ou estranhamente incomum não se trata de produzir uma biografia. Ao escolhê-lo o historiador sabe que, através de uma vida, poderá ter acesso a fatos para enxergar mais longe, mais densamente e de maneira mais complexa o seu entorno social (LEVI, 1992).

Nesta perspectiva, Ginzburg (1991) afirma que, se a realidade é opaca, pode-se encontrar zonas privilegiadas com sinais e indícios que permitam decifrá-la. Isto torna possível dar ao cotidiano ou ao vivido de casos individuais uma significação, quando se considera como ponto de partida para análise as trajetórias pessoais, as escolhas estratégicas e a experiência social dos membros de uma organização.

De outra parte, o exame minucioso de documentos textuais constitui-se em uma fonte privilegiada da Micro-história, que prevê uma busca exaustiva de documentos. Quando utilizados como fontes, os documentos textuais podem ser analisados como testemunho, onde se extraem informações mais ou menos diretas, permitindo acesso a fatos que o historiador deverá reconstruir e interpretar e com discursos a serem decifrados e analisados como o discurso da época (CARDOSO; VAINFAS, 1997; BARROS, 2008; CHARTIER, 2009).

Lima (2006, p.62) ressalta que “As fontes documentais na redução de escala devem ser analisadas combinadas entre si de modo a revelar, ainda que indiretamente, o conjunto de estratégias comuns e individuais que constituem o concreto das relações sociais”. Para Jacobina (2007), estes devem ser vistos quanto à finalidade da sua produção: os voluntários, produzidos para preservar memória dos acontecimentos, e os involuntários, para comunicações de processos internos de instituições ou anotações livres de indivíduos.

Na análise de um texto, mesmo nos testemunhos voluntários, deve-se buscar contornos silenciosos que revelam segredos que o próprio autor não queria revelar, mas que escapam através da linguagem e do modo de expressão, da súbita iluminação que se espalha pelo texto (BARROS, 2008). Ginzburg (1989) chama atenção de que não há texto neutro, deve-se sempre analisá-lo com o olhar de quem é portador de um código que tem de ser decifrado. Já Levi (2000) afirma que a Micro-história possui um papel específico, que é o de refutar o relativismo, o irracionalismo e a redução do trabalho do historiador a uma atividade puramente retórica que interpreta os textos e não o próprio acontecimento.

## 2.2 TRAJETÓRIAS DA PESQUISA

A micro-história pretende ser antes de tudo uma tentativa: narra, mas sem esconder as regras do jogo que o historiador seguiu. Certamente, não apenas remetendo aos documentos – isso faz parte da ética profissional -, mas por meio de uma clara declaração do processo pelo qual a história foi construída: os caminhos certos e errados, modo de formular as perguntas e procurar as respostas. Porque o minucioso trabalho de laboratório não deve permanecer escondido, e a receita não deve permanecer um segredo do cozinheiro (LEVI, 2009, p.13)

Esta pesquisa percorreu trajetórias, aqui colocadas no plural devido aos percursos trilhados nas linhas de investigação que foram redefinidas ou abandonadas, à medida que indícios apontavam para outra direção. Portanto, neste item descrevo como se desenvolveu meu trabalho, até mesmo situações em que fontes ou informações foram descartadas. Esta é uma característica da Micro-história que também encontrei nas pesquisas da Psicologia Social de Spink e Lima (2004), ao defenderem que, ao explicitar os detalhes do processo de interpretação, o pesquisador tem uma forma de garantir o rigor da análise e, conseqüentemente, a sua legitimação.

### **2.2.1 Do Objeto ao Método**

Tomei como objeto de estudo um momento de confluência entre a redemocratização do País em 1985, um ambiente no âmbito federal favorável às modificações no setor saúde, a eleição do governador Waldir Pires e a gestão de Luiz Umberto na Secretaria da Saúde no Estado da Bahia. Portanto, o universo que perscrutei tem balizas cronológicas e sentido histórico inequívoco para considerá-lo a gênese da implantação da RS na Bahia através da Sesab.

Esta situação típica se constitui em fundamento lógico para escolha de um estudo nos anos entre 1987 e 1989. Daí que, com o objetivo de analisar a implantação da RS na sua origem, a pergunta central deste estudo foi formulada indagando o “como”, situação em que, segundo Yin (2006), é indicado um estudo de caso.

Embora seja possível considerar este trabalho como um estudo de caso, os seus objetivos não se limitam à interioridade do problema de pesquisa, mas pretendem iluminar elementos mais gerais, sem perder a originalidade e especificidade do objeto que busquei revelar por um olhar atento e aproximado.

A implantação de políticas, como a da Reforma Sanitária, exige um leque de intervenções para provocar as mudanças necessárias para a construção de um novo modo de intervir sobre a saúde da população, além da construção de um novo sistema de saúde. A RS situa-se, portanto, num patamar de complexidade passível de ser influenciada por características contextuais. Desde o início da sua implantação, era necessário um conjunto de intervenções complexas no sistema de saúde, para as quais as secretarias da saúde estaduais e municipais deveriam

transformar as suas práticas e apropriarem-se dos princípios desta política para que a implantação da RS se tornasse possível.

Diante deste entendimento, a Sesab foi *locus* do estudo, por se tratar de uma instituição estadual onde os atores do Movimento Sanitário na Bahia foram assumir a tarefa de implantação da RS, a partir de um contexto de mudança política no próprio governo do estado. Como já explicitado anteriormente, a escolha dos anos entre 1987 e 1989, foi um recorte temporal historiográfico decorrente da temática a ser estudada, que se materializa na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) no estado da Bahia.

Optei pelos procedimentos metodológicos da Micro-história por ser uma abordagem da historiografia que utiliza estudos de caso para atingir generalizações mais profundas, lidando com fragmentos para enxergar uma questão social mais ampla. Assim, ao eleger a Sesab, como *locus*, não a estudei por ela mesma, mas, através dela, reconstitui o início da implantação da RS na Bahia via este lugar institucional.

A escolha desse método tem como finalidade dar elementos para construir uma reflexão sobre os limites de aplicação de um modelo rígido, que abordasse como se fossem “coisas” as realidades sociais, cujo caráter é, antes de tudo, relacional, permitindo um desenho de estudo que fosse possível compreender o processo e não a realidade estática.

Desta forma, o estudo da análise da gênese da implantação da Reforma Sanitária no estado da Bahia é uma pesquisa de caráter exploratório e analítico, através do estudo de caso, partindo do recorte no espaço institucional da Sesab.

Por outro lado, utilizei uma abordagem qualitativa, considerando que o objeto do estudo se relaciona com os significados que os sujeitos atribuem às suas experiências do mundo social e de como compreendem este mundo, permitindo desvelar processos e suas evidências para responder às perguntas do estudo (POPE; MAYS, 2009). Esta opção centra-se na necessidade de levar em conta a participação e percepção dos atores envolvidos, como também das relações e das representações que são consideradas como item fundamental no êxito e limites das ações (MINAYO, 2005).

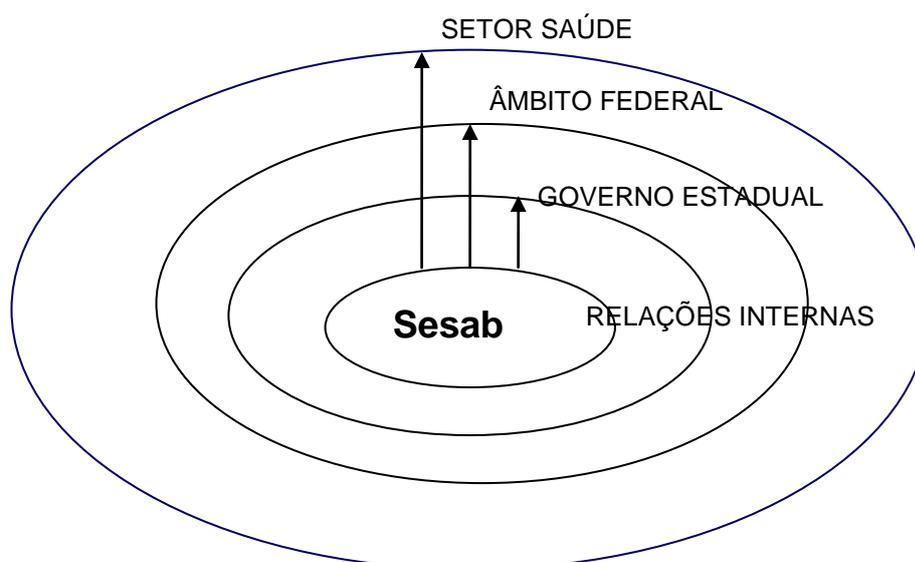
## **2.2.2 Da Escolha do Método as Ferramentas**

### **2.2.2.1 A escala de observação**

Na abordagem do campo de observação deste estudo, utilizo a redução de escala visando a estudar aspectos microlocalizados na Sesab, estabelecer conexões parciais e ampliar o campo do possível, para compreender a realidade mais ampla do estado da Bahia (REVEL, 1998). Não busquei recuperar apenas as referências gerais, mas, exatamente, aquilo que escapa à generalidade, que justifica a atenção sobre a “normal excepcional” (LEVI, 1989 – destaque do autor).

Por se tratar de um fenômeno qualitativo de tratamento difícil, com conexões múltiplas que se tornam mais complexas na medida em que avança a sua implementação (POPE; MAYS, 2009), analisar a implantação da RS na Bahia, a partir de uma orientação micro, potencializou a capacidade de fornecer elementos para entender o macro. Desta forma, apesar de se poder considerar este trabalho como um caso, a análise não está limitada à interioridade da Sesab.

Nesta direção, reafirmo que este não é um estudo específico sobre a Sesab, mas o sentido que esta pôde assumir no seio das relações históricas tecidas a partir do movimento pela Reforma Sanitária na Bahia, da eleição do governador Waldir Pires e da nomeação de Luiz Umberto como gestor da Sesab. Portanto, procurei entender a gênese da RS no estado da Bahia a partir das relações inextricáveis entre os níveis de escala decorrentes da primeira imersão no material bibliográfico, apresentados a seguir:



**Figura 1** - Matriz gráfica dos níveis de escala.

Destarte, fiz um exercício de ida e volta dentro destes níveis de escala, partindo de um recorte micro para iluminar a história global do estado da Bahia no início da RS, com seus atores, suas arenas, suas redes de poder, seus processos políticos. História de um estado nordestino, com lideranças políticas com grande ascendência na política nacional e que foi um exemplo particularmente expressivo na política no início do processo político da redemocratização do País.

#### 2.2.2.2 A busca de indícios

Diminuir a escala, permitiu-me chegar perto em relação à vida de uma única pessoa e de seu contexto social mais próximo aproveitando o potencial narrativo desta fonte. Porém, os formuladores dos procedimentos da Micro-história (Revel, 1998; 1998a; Levi, 2009; Ginzburg, 1989) chamam a atenção para o fato de que a liberdade de que se vale o historiador não deve prescindir de provas, é livre na sua forma de narração, mas não deve ser irresponsável nas suas conclusões. Por este entendimento, também utilizei fontes documentais com registros voluntários e involuntários na perspectiva de imersão intensa nas informações.

Iniciei a coleta de dados nos primeiros momentos do desenvolvimento deste estudo, ainda na revisão bibliográfica, época em que busquei informações em várias fontes, na perspectiva de traçar ligações lógicas e desenvolver linhas convergentes de investigações (MINAYO, et al. 2005; YIN, 2006; POPE; MAYS, 2009; BRITTEN,

2009).

Uma das linhas investigativas que segui foi apontada pelos estudos de práticas discursivas de Spink e Medrado (2004) que, ao fazer uma revisão sobre os tempos históricos, evidencia a possibilidade de estudos que considerem estes como: tempo longo, tempo curto e tempo vivido. Neste estudo utilizei o tempo curto e o tempo vivido, definidos respectivamente pelos mesmos autores como: “[...] refere-se às interações sociais face a face, em que os interlocutores se comunicam diretamente [...]” (p.53) e “[...], corresponde às experiências da pessoa no curso da sua história pessoal (p.52).

A partir daí, inicialmente, considerei como uma das fontes de informação atores protagonistas (indivíduos) da RS na Bahia. Para tanto, a perspectiva inicial foi de obter as informações através da técnica de coleta de entrevista narrativa com atores instituídos (TESTA, 1992; 1995; 1997) como dirigentes da Sesab. Entretanto, ao pretender analisar a gênese da RS, foi necessário ouvir a voz de outros atores, por se tratar de um processo de natureza compartilhada com outros espaços sociais. Portanto, também foram selecionados informantes de grupos naturais, que segundo Gaskell (2007) são pessoas que interagem conjuntamente num determinado processo e que, no caso, são pessoas que compartilharam um passado comum na implantação da Reforma Sanitária na Bahia.

Outra opção foi utilizar como técnica de coleta das informações a entrevista narrativa em profundidade (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003). Embora as narrativas sejam antigas (desde obras de Aristóteles), têm tomado maior dimensão na atualidade ante o reconhecimento do “papel que contar histórias desempenha na conformação dos fenômenos sociais” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003, p.90), o que foi uma fonte particularmente importante para o objeto deste estudo.

Nesta perspectiva, recorri à entrevista narrativa em profundidade como uma técnica de recapitular a experiência passada, através da combinação da seqüência verbal de sentenças com a seqüência de eventos que ocorreram de fato, revelados na narrativa e/ou em documentos textuais. Busquei, então, como um primeiro narrador dos acontecimentos, o sujeito relevante do processo em estudo e reconstruí acontecimentos na perspectiva do gestor estadual da saúde, nos anos entre 15 de março 1987 e 12 de maio de 1989, por este estar diretamente relacionado com a Sesab no período do estudo.

Com este gestor foram realizadas duas entrevistas em profundidade,

seguindo as regras para esta técnica preconizada por Jovchelovitch e Bauer (2003) e que foi sistematizada pelo sociólogo alemão Federic Schutze, constante em obra não publicada, produzida em 1977.

Iniciei a entrevista com uma exposição dos objetivos do estudo para o entrevistado, de forma a provocar uma narração livre, mas estimulando a emergência de situações/fatos de interesse para o estudo. Como o entrevistado teve um envolvimento direto nas atividades centrais do evento, explorei esta situação na fase de preparação para o início da narrativa. Descrevi, também, a negociação das regras para a narração como: a permissão para gravação, a não interrupção durante a fala e o momento de questionamento meus, após o final da entrevista.

A análise desta narrativa começou com a transcrição da gravação, absorvendo os maiores detalhes possíveis, incluindo características paralinguísticas, tais como tom de voz, pausas etc. Em seguida, foi iniciada a leitura livre da transcrição para entender os significados gerais do texto, seguida de leituras sucessivas para identificar o enredo (*plot*) e as epifanias (*epiphanies*), entendidas como eventos problemáticos e/ou importantes que influenciam cada aspecto das mudanças propostas; reações a eventos produzidos no período estudado; eventos de menores significados (DENZIN, 1989; RICOUER, 1994; MAUTHENER; DOORETA, 1998).

Com a leitura livre da transcrição desta primeira entrevista, onde o entrevistado fez uma narração sua vivência e na perspectiva de estabelecer a estrutura da gênese da RS, organizar a seqüência dos eventos e estabelecer explicações por meio da interpretação, elaborei um mapa de associação de idéias (SPINK; LIMA, 2004; POPE; MAYS, 2009), como ponto de partida para identificar as epifanias e buscar os significados que dão sentido à experiência do narrador (DENZIN, 1989; CLANDININ; CONNELLY, 2004).

A opção em utilizar como técnica o mapa de associação de idéias foi decorrente da indicação de que as narrativas fiquem intactas na sua individualidade e que a história deve ser colocada no centro. Permite, também, a procura das relações entre a história e o seu contexto. Essas possibilidades ajudaram-me a identificar a necessidade de uma segunda entrevista com este sujeito, buscando mais indícios para desvelar a história da gênese da Reforma Sanitária, a partir dos protagonistas instituídos na Sesab.

Entretanto, ao optar pela Micro-história, que preconiza o exame exaustivo das

fontes, na análise da primeira entrevista construí também uma linha narrativa, buscando situar cronologicamente as epifanias da história contada (SPINK; LIMA, 2004).

Os usos destas técnicas permitiram a apreensão da significação do discurso para estabelecer a sequência lógica e cronológica dos acontecimentos, dentro de um esquema dinâmico com base nos significados captados. O encadeamento de cada acontecimento com outro e com seu todo e a identificação do foco principal da narrativa (*plot*) considerado como seu fio condutor, compôs o enredo que marca a progressão da narrativa, emergindo a compreensão para a análise das informações e o alcance do objetivo da pesquisa (DENZIN, 1989).

Estes procedimentos permitiram-me retornar ao material da entrevista e refinar questões e, na segunda entrevista, fazer indagações em maior profundidade, visando a emergir novos indícios para reforçar a análise e/ou consubstanciar as evidências e as interpretações. Após a segunda entrevista, refiz a linha narrativa e o mapa de associações de idéias e conduzi a análise movendo-me para frente e para trás, entre as informações originais e as interpretações emergentes (POPE; MAYS, 2009).

Na tentativa de aprofundamento das informações iniciais, foi ampliada a coleta com novos informantes, além da pesquisa documental. Para estes novos informantes, utilizei entrevistas narrativas episódicas, seguindo um guia com as informações que interessam para a compreensão do fenômeno em estudo (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003).

Na escolha destes informantes, levei em consideração que este estudo não prevê a generalização dos resultados e, portanto, não se refere a uma amostra, refletindo uma lógica diferente de uma abordagem quantitativa. A escolha foi intencional e teoricamente fundamentada; para tanto, defini, como critérios de inclusão, atores que tenham vivido a gênese da RS na Bahia, a diversificação destes (sujeitos instituídos e sujeitos de grupos naturais) e serem citados em entrevistas anteriores. No desenvolver do estudo, a perspectiva de incluir novos sujeitos foi apenas à medida que as análises apontaram para a necessidade de outras informações (MINAYO et al., 2005).

Assim, por se tratar de um estudo tendo como *locus* a Sesab, foram selecionados atores que ocuparam, pela peculiaridade do momento político no estado, papéis instituídos (TESTA, 1992; 2000) no período entre 1987 e 1989, o que

se caracteriza como uma tipicidade da gênese da RS na Bahia. Fundamenta-se esta escolha porque, neste período, estes atores poderiam, a partir da relação entre organização, método e propósito de governo, fazer o rompimento com a estrutura organizacional e criar um desenho institucional mais coerente com os propósitos da RS.

Desde modo, usei os fundamentos do Postulado da Coerência defendido por Testa (1992, p.110) que argumenta o estabelecimento de uma relação necessária entre “[...] propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam de fazê-los”. Dos argumentos deste autor depreende-se que o postulado deve fechar um ciclo em que o papel do Estado é que determina o propósito, a teoria determina o método, e a história determina a organização.

De acordo com Testa (1992, p.13):

Uma organização é, considerada de forma instantânea, uma cristalização da história, um momento da mesma que recolhe, nesta forma concreta, todo um desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas.

Deduz-se, portanto, que, entre os componentes do postulado, a organização é a mais determinada. Testa (1992) recomenda que, para a análise das organizações em um momento histórico, deve-se considerar as determinações advindas do passado e as do momento atual. Para este autor há o risco de que novos propósitos tenham o destino das organizações velhas, pois “[...] as relações entre propósitos e organização são a determinação da organização pelos propósitos e o condicionamento inverso” (TESTA, 1992, p.114). Entretanto, afirma que “a organização condiciona o método. Admitir que pudesse não ser assim seria reconhecer a onipotência do método”.(1992, p 115) o que significa que modificar uma organização é um dos mais importantes desafios para a construção de uma mudança. Ou seja, implantação e manutenção de novos propósitos vão gerar um tensionamento entre o instituído e o instituinte.

Os sujeitos de grupos naturais foram identificados quando foram citados pelo primeiro informante, pelos sujeitos identificados como atores instituídos, ocupantes de cargos diretivos e de assessoria da Sesab e pelos documentos. Deste modo, foram entrevistados, além do Secretário de Saúde, mais três sujeitos instituídos, uma liderança de categorias profissionais, uma líder de movimento de bairros e um

ex-governador do estado.

Para estes novos informantes, utilizei para coleta de informações, a entrevista focada (MINAYO, et al. 2005; Yin, 2006) ou episódica (Flick, 2007), por se tratar de técnica que pressupõe um guia da entrevista com a finalidade de me orientar para campos específicos para os quais buscava evidências. O guia foi criado a partir das epifanias e teve como propósito principal corroborar certos fatos que penso ter estabelecido. As perguntas foram suficientes abertas para permitir emergir qualquer outro aspecto novo para o entrevistador ou narrado pelo entrevistado. Deste modo, estas entrevistas foram espontâneas quando o entrevistado direcionou para uma conversa de caráter informal, embora exista um guia previamente definido (YIN, 2006; FLICK, 2007).

Após transcrição detalhada das gravações, fiz uma análise do discurso observando o encadeamento das proposições (BARDIN, 2009; GILL, 2007) e, quando houve necessidade de acrescentar informações a alguma evidência ou esclarecimentos de algum fato, retornei aos informantes quantas vezes se fez necessário (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007). Para estes autores as narrativas não estão abertas à comprovação “[...] elas expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço (p.110)”. Neste entendimento, a análise serviu-me para identificar as relações e conexões entre os temas (POPE; MAYS, 2009), permitindo “manter o encadeamento das evidências” (YIN, 2006, p.133).

Após várias leituras integrais, fiz anotações relevantes para o tema, mantendo sempre no desenrolar da análise a estrutura global de cada entrevista. Seguindo na interpretação dos dados, fiz um resumo de cada uma, assinalando os pontos fortes para o tema em estudo, mas mantendo a especificidade e o repertório interpretativo de cada entrevistado, o que me permitiu manter conexões parciais entre os entrevistados conforme sua trajetória, posicionamento político e ideológico, sem elaborar uma interpretação demasiada simples (BRIGGS, 1986).

Para todas as entrevistas, segui a mesma orientação: foram gravadas, transcritas e conferidas cuidadosamente com o registro original. Foi dada a opção de os entrevistados fazerem a validação da transcrição, não havendo o pedido de retorno por nenhum deles. Realizei pessoalmente as entrevistas, com apoio de estudantes membros do Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva (Gerir) da Escola de

Enfermagem/UFBA.

Outra fonte de informação foram documentos textuais. Iniciei esta coleta ainda na revisão bibliográfica para elaborar o projeto deste estudo, identificando publicações científicas ou trabalhos acadêmicos sobre a RS na Bahia.

A leitura deste material permitiu-me criar o rol de possibilidades nas formas de documentação textual que deveriam se constituir no *corpus* documental do estudo (BARROS, 2007; BAUER; AARTS, 2007). A partir deste material, segui um plano de coleta dos seguintes documentos:

- Documentos administrativos: projetos, planos, relatórios, portarias, leis, regimentos, comunicações internas, convênios;
- Estudos ou avaliações sobre o objeto do estudo: dissertações, teses, artigos científicos;
- Recortes de jornais de mídia de massa e de categorias profissionais e plano de plataforma política;
- Artigos discorrendo sobre a Reforma Sanitária em revistas editadas no estado da Bahia;
- Atas de reuniões dos órgãos colegiados (CIS e CES);
- Documentos de testemunhos involuntários como cartas, anotações pessoais etc.

Ressalto que a amplitude deste rol de documentos não se baseou na sua acurácia ou na sua validade, ou seja, na expectativa de que estes expressassem registros literais dos eventos, como chamam a atenção alguns autores (CARDOSO; VAINFAS, 1977; YIN, 2005; BARROS, 2008). Os documentos escolhidos constituíram-se, sobretudo, em um inventário exaustivo do *corpus* documental para aprimorar a intensidade em buscar e/ou valorizar indícios sobre o objeto pesquisado.

Para cumprir a tarefa de localizar documentos, recorri aos seguintes arquivos:

- Arquivo Intermediário da Sesab (Alcen);
- Arquivo do Conselho Estadual de Saúde;
- Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto;
- Biblioteca do Memorial Prof. Juliano Moreira, localizado no Hospital

Juliano Moreira (unidade da rede da Sesab);

- Centro de documentação do SUS do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/CDSUS/UFBA);
- Arquivos dos Diários Oficiais do Estado localizados na Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJDH);
- Arquivos da Associação Baiana de Medicina (ABM);
- Arquivos do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia (IGHBA);
- Biblioteca da Assembléia Legislativa da Bahia;
- Arquivos pessoais dos sujeitos envolvidos no processo de implantação da RS na Bahia.

Na construção do *corpus* documental o tamanho deste não foi minha preocupação inicial, em decorrência da revisão bibliográfica para elaboração do projeto indicar uma gama limitada de material produzido, como também por se tratar de um período muito curto (entre 1987 e 1998) e com um ciclo natural estável que indica uma sincronia entre estes (BAUER; AARTS, 2007).

A primeira tarefa com que me deparei foi a localização de documentos, para uma primeira apreciação destes. Para a seleção dos documentos, cumpri uma primeira etapa recomendada por Bauer e Aarts (2007) de selecionar, analisar e selecionar de novo. Também, utilizei as sugestões de Barthes, apontadas e descritas por estes autores, recomendando que, para o delineamento do *corpus*, deve-se considerar a relevância, foco temático no objeto de estudo; a homogeneidade, que se refere à substância material dos dados, ou seja, apenas documentos textuais ou apenas imagens e, por fim, a sincronicidade que se refere ao intervalo de tempo ou se não houve mudanças significativas que refletissem nos conteúdos.

Iniciei a localização de documentos pelo Alcen/Sesab, na expectativa encontrar os registros oficiais ou registros involuntários do período em estudo. Neste local foram revisadas vinte e cinco pastas arquivo, onde encontrei material referente a vida funcional dos servidores e selecionei apenas relatório da Assessoria de Planejamento da Sesab, dos anos 1987 e 1988. Ainda na Sesab, recorri aos arquivos na sede do Conselho Estadual de Saúde, local em que não foi encontrado qualquer documento do período.

Na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública, encontrei dois relatórios

de gestão, dos anos de 1926 e 1929, Leis estaduais e Código Sanitário de 1925. Outra fonte de estudo foram os Jornais A Tarde da década de 1980, disponíveis no arquivo do IGHBA.

Desde o início da pesquisa, quando analisei a entrevista com o primeiro informante, os indícios indicaram-me para alguns veículos de divulgações como, por exemplo, o jornal da Associação Baiana de Medicina. Visitei a sede desta associação, onde constatei a inexistência de arquivos destes jornais. Pude localizar alguns exemplares no arquivo pessoal do Professor Jairnilson Silva Paim e da Professora Cristina Maria Meira de Melo, que, aliás, também me permitiu consultar alguns exemplares do Boletim da Associação de Profissionais de Saúde Pública da Bahia e o Jornal CONFLITO.

Um outro veículo de divulgação foi a Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia (apb REVISTA). A minha decisão de selecioná-la como fonte do *corpus* documental tomou como base artigos que referiam nas bibliografias consultadas por mim, alguma publicação desta revista, como também a referência do primeiro entrevistado de que esta foi um meio de divulgação importante do ideário da RS. Entretanto, foi um trabalho árduo encontrar seus volumes: inicialmente pesquisei em bibliotecas da UFBA; por via eletrônica ou pessoalmente, sem sucesso. Outra alternativa que me parecia viável foi ir ao Memorial Juliano Moreira, também não alcancei meu objetivo.

Recorri, então, à técnica bola de neve (GOODMAN, 1961) onde, a partir de um psiquiatra da época da criação da revista, fui obtendo possíveis nomes, fazendo contato e recolhendo os números para compor toda coleção. O resultado é que localizei vários volumes iguais, restando apenas seis diversidades de volumes entre 1977 e 1983. Não pude recompor com qual regularidade foi editada, mesmo questionando os antigos editores.

Às fontes mencionadas anteriormente, foram acrescentadas leituras de trabalhos a respeito do processo histórico da Sesab localizadas no acervo eletrônico da Revista Baiana de Saúde Pública e alguns artigos de outras revistas localizados em bases de dados eletrônicos. A leitura de dissertações e de teses produzidas sobre o sistema de saúde na Bahia, disponíveis no ISC/CDSUS/UFBA, foi um fonte de informações importante para o estudo.

Nos últimos momentos de análise das entrevistas e documentos, alguns fatos apresentavam-se pouco esclarecidos ou sem identificação de data. Por se tratarem

de dados concretos ou objetivos (MINAYO, 1992), recorri à técnica de sondagem de opinião que, segundo a mesma autora, pode ser utilizada através de perguntas estruturadas e dirigidas, e que a escolha do informante é condicionada pela possibilidade em responder à pergunta do entrevistador. Deste modo, foram contactados mais oitos informantes, para os quais através de contatos pessoais, telefone ou e-mail, fiz duas ou três perguntas.

Mantive um diário de campo ao longo da coleta e análise dos dados, no qual registrei minhas reações e eventos durante a pesquisa. Estas anotações permitiram-me identificar questões imanentes durante a entrevista e subsidiar formulação de perguntas em momentos apropriados (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2007). Minhas anotações também foram utilizadas como fonte de informações para análise, já que, inicialmente, informei aos entrevistados a existência destas e tomei todos os cuidados éticos de pesquisa com seres humanos.

### **2.2.3 Das Ferramentas aos Procedimentos**

Esclareço, de início, que o processo de interpretação foi concebido para produzir sinais como meio e fim de reconstituir e analisar a gênese da RS na Bahia através da Sesab. Para atender a este propósito, acompanhei e identifiquei indícios através de fragmentos na trajetória política e profissional de Luiz Umberto e na organização e funcionamento da Sesab.

Como atividade meio, a investigação me impôs: ler, apreender, me posicionar, buscar novas informações, selecionar os indícios e fazer correlações para cumprir o percurso de minha pesquisa, emergindo a interpretação como decorrente deste (SPINK; LIMA, 2004). Finalmente, travando um diálogo com as informações que elegi como matéria prima da minha pesquisa, busquei esclarecer questões do início da RS na Bahia reveladas no nível micro (Sesab), propondo-me a esclarecer questões mais gerais. O espaço da trajetória individual foi articulado com uma perspectiva mais ampla, contextual. Ao acompanhar a trajetória do gestor da Sesab e suas escolhas, considerei concomitantemente o seu entorno, interligando com os contextos dos diversos níveis de escala.

Na análise das informações, ao buscar detalhes na documentação, visei a corroborar e valorizar os indícios oriundos das narrativas; entretanto, quando uma informação documental se apresentou contraditória, em vez de corroborante, o

tópico em questão foi investigado mais profundamente. Yin, (2006, p.15) chama a atenção para o uso deste tipo de fontes, alertando o pesquisador sobre a necessidade de analisar documentos de forma criteriosa, visto que, “[...] alguns documentos foram escritos com algum objetivo específico e para algum público específico [...]”. Também Jacobina (2007) ressalta a necessidade de ser estabelecido um relacionamento minucioso com as fontes representadas tanto como documentos voluntários, como involuntários.

A partir daí, acompanhando os níveis de escala (Figura 1), fiz uma correlação a partir dos contextos encaixados, identificando as decisões no âmbito do estado, do governo federal e da Sesab, estabelecendo conexões parciais entre os processos e os fatos, buscando evidências para sustentar a análise global.

O percurso individual foi situado em relação ao conjunto dos níveis de escala, permitindo localizar o mesmo indivíduo em contextos diversos. Em suma, reconstitui a experiência do protagonista nos diversos planos da vida social. Busquei, portanto, a reconstituição possível de sua própria experiência narrada e as interações individuais nos diversos contextos.

Para refinar a interpretação, desenvolvi a análise “[...] movendo para frente e para trás entre os dados originais e as interpretações emergentes” (SILVA; TRENTINI, 2002, p.81), seguindo as recomendações de Gribaudi (1998, p.140) para a utilização cruzada de várias fontes diferentes quando diz “[...] cada nova fonte permite matizar o retrato previamente desenhado e iluminar melhor as zonas de descontinuidade próprias do objeto analisado”.

Deste modo, os textos neste estudo foram produzidos em duas situações: construídos no processo de pesquisa (transcrição das entrevistas e diário de campo) e documentos textuais produzidos com diversas finalidades (comunicações institucionais, produção de artigos, comunicação de mídia e anotações pessoais). Estes estão sendo considerados como testemunhos voluntários e involuntários e, na interpretação em alguns momentos, são testemunho de fatos ou datas e, em outros, discursos relacionados com o objeto de estudo (BARROS, 2008).

Para a minha interpretação dos documentos textuais, usei como aporte as exigências da historiografia de analisar três dimensões (BARROS, 2008):

- o intratexto, buscando coerência interna do discurso (com o aporte da análise de discurso recomendada por Bardin (2009) e Gill (2007));

- o intertexto, relacionando o texto com outros textos utilizando a técnica de mapa de idéias apresentadas por Spink; Lima, (2004);
- o contexto relacionando a realidade que o produziu (considerando os contextos nos níveis de escala definidos no estudo).

A apresentação final da história da gênese da implantação da RS na Bahia, através da Sesab, está escrita de duas formas: trechos escritos, usando a linguagem da pessoa que narrou e/ou transcrição de documentos textuais e a minha narrativa descritiva e analítica, tomando como base manifestações das entrevistas e dos documentos.

#### **2.2.4 Princípios Éticos**

Para realização desta pesquisa, respeitei os princípios éticos da Resolução 196/96 do CNS, que consiste em normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e da coletividade. Para tanto, antes de iniciar a pesquisa, submeti o projeto ao Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CEP/SESAB) o que foi aprovado e me informado através do ofício nº008 de novembro de 2008.

Desde o primeiro momento, busquei garantir os princípios da beneficência e do sigilo. Entretanto, quanto ao sigilo dos entrevistados, considerando se tratar de atores de fácil identificação em decorrência de estar explicitado o período do estudo, foi questionado sobre algum desconforto ante esta situação. Todos os entrevistados liberaram ser referenciado pelo nome. Antes do início das entrevistas, todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todas as informações da pesquisa para subsidiar a decisão dos mesmos.

#### **2.2.5 A Estruturação do Estudo**

Apesar das balizas cronológicas atenderem à uma exigência metodológica importante, estes limites foram rompidos no intuito de contextualizar o processo histórico e apreender elementos de longa duração. Deste modo, na construção do estudo em alguns momentos, foi necessário romper estes limites para contextualizar historicamente algumas situações. Tentei reconstituir e analisar o contexto intelectual e político da época em que ocorreu grande parte do debate para

formação dos intelectuais orgânicos à RS na Bahia e que protagonizaram a implantação desta na Sesab. É nesse contexto de encontro de distintos indivíduos que se situa a Secretaria da Saúde. Recorrer ao um contexto anterior ao período entre 1987 e 1989, assim como a uma análise que supere os limites da gestão da Sesab neste período, a fim de aduzir como se configurou as motivações para escolha de Luiz Umberto como gestor, tornou-se um procedimento metodológico fundamental para o estudo da implantação da RS na Bahia.

Os aportes teóricos e metodológicos permitiram-me construir uma estrutura de análise que é apresentada em cinco dos oitos itens deste trabalho.

No item de número três, *A CONFORMAÇÃO DO LUGAR*, descrevo como se conformou Secretaria Estadual da Saúde, identificando como se caracterizou sua estrutura administrativa e as relações de poder no seu interior e externamente, desde sua criação em 1925.

Para tanto, usei como suporte teórico basilar as categorias de poder de Mario Testa. (1992). Este autor ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, defende que para provocar mudanças interessa particularmente o comportamento dos atores sociais, com ênfase nas suas relações de poder. Para este autor, dois aspectos do poder devem ser considerados: o poder cotidiano ou poder societal, os quais se articulam ao longo dos espaços sociais; e o que está relacionado ao tipo de atividade, no caso da saúde o poder técnico, o administrativo e o político assim definidos:

- Poder Político: capacidade de mobilização de vontades de grupos sociais para defender seus interesses.
- Poder Técnico: capacidade de lidar com informações, o que se revela no saber como fazer.
- Poder Administrativo: capacidade de manejar recursos para dispor de meios materiais para realização das ações desejadas.

Ainda segundo Testa (1992; 1995), a maneira como se combinam os tipos de poder e as formas assumidas apontam possibilidades diversas para os caminhos que se teria de percorrer na constituição de um poder político de classe, isto é, um poder político científico e hegemônico. Isto porque em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativos e técnicos ficam subsumidos no poder político.

No item número quatro, intitulado *A CONFORMAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO NA BAHIA*, tracei um panorama histórico do Movimento Sanitário na Bahia, ao longo da sua conformação, com a pretensão de revelar como se articularam as entidades de saúde em torno do projeto da Reforma Sanitária e, conjuntamente, outras entidades da sociedade civil impuseram a indicação de um Secretário de Saúde para implantar uma proposta de democratização na saúde do estado.

Também neste item me ancorei no pensamento estratégico de Mario Testa (1992; 1995; 1997; 2000) seguindo a indicação de que, além da compreensão do poder sob suas diversas formas, é importante entender a conformação do campo de disputas sociais pelos diversos atores sociais envolvidos naquele setor de práticas. O ator social é entendido como indivíduo, grupo ou instituição cujo propósito é adquirir certa liberdade de ação, que lhe permita ganhar espaço de manobra para implementar os objetivos buscados. Por outro lado, se o propósito é a transformação das relações de poder e a formação de uma consciência sanitária social, ser um ator social implica em uma consciência.

No quinto item, apresento a descrição analítica decorrente dos passos de todo o processo de investigação, quando fui alternando, num jogo de escalas, o foco de análise do âmbito micro ao macro, projetando ora a visão panorâmica das posições políticas no estado e no âmbito federal, ora uma aproximação das lentes utilizadas no estudo para delinear com maior precisão os movimentos do gestor da Sesab, permitindo analisar a trajetória do mesmo indivíduo em contextos sociais diversos. Por outro lado, tento abordar os atores e as arenas se posicionando ante as transformações do contexto político do estado da Bahia que permitiram o início da implantação da RS na Sesab.

Neste item, contínuo tomando como base de análise as fundamentações teóricas de Mario Testa (1992; 1995). Para este autor, uma proposta de mudança social não pode ser efetivada apenas por mudanças setoriais; entretanto, estas podem criar condições para abrir caminhos para a modificação esperada. Tomando a definição de Política como o Estado em ação, para esse autor, formular políticas significa investigar as lógicas presentes nas intervenções existentes, os modos de relacionamento entre os atores sociais e, daí, intervir na ação pública e redesenhar as relações de poder entre Estado e Sociedade.

Mario Testa (1995) indica que para operar as mudanças e o enfretamento de interesses hegemônico, é necessário criar condições que possibilite a realização de ações que conduzem a mudanças sócio-políticas e econômicas. Para tanto, a formulação de estratégias para implementação de uma política que tenha como propósito mudar o estabelecido, devem estar expressas em três tipos de programas (TESTA, 1995).

O Programa de Abertura, que cumpre a função de desencadear o processo, de abrir e principalmente, um tempo político. Tempo político que se constitui no tempo de uma conjuntura, que a partir da mobilização um grupo permite a viabilidade de implementação de estratégias para avançar no cumprimento propósitos.

Um outro é Programa de avanço que busca a realização efetiva das mudanças para as quais o programa de abertura facilitou o caminho. Neste, é primordial a garantia do tempo técnico, e assim garantir a execução das ações propostas de uma ação. Para Testa (1995, p. 275) os tempos técnicos “[...] são aqueles que dependem dos procedimentos que é preciso realizar para alcançar certo objetivo parcial”.

E um terceiro é o Programa de Consolidação que vai permitir a institucionalização das mudanças.

Finalmente, no item de número seis, discuto os desfechos decorrentes do jogo de interesses presentes na vigência do governo democrático e suas implicações nas propostas de mudanças na saúde do estado.

Nas considerações finais descritas no item sete apresento as principais constatações ao longo do trabalho, onde busquei estabelecer uma relação entre uma trajetória individual e sua inserção numa secretaria estadual da Saúde e o encaixe entre os contextos definidos no nível de escalas para cumprir o desafio da discussão teórica proposta no estudo. Deste modo, tenho uma expectativa de que as perguntas formuladas inicialmente tenham sido respondidas de maneira satisfatória para os leitores interessados na implantação RS na Bahia.

### 3 A CONFORMAÇÃO DO LUGAR

“Ver longe para trás para ver longe para frente”

Michel Maffesoli<sup>7</sup>

O lugar que escolhi para esta investigação é a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Este espaço se constituiu para operar os objetivos do Estado brasileiro que, ao governar, reconhece um problema público e toma ou não decisões no sentido de induzir mudanças na sociedade.

Nesta perspectiva, para me aproximar da configuração da Sesab, embora definindo uma baliza cronológica para concentrar a análise entre março de 1987 e maio de 1989 e assim atingir os objetivos definidos na pesquisa, assumi a necessidade de caracterizar a sua conformação num período histórico anterior a este. Para tanto, optei por apresentar alguns aspectos da história da burocracia estatal para o setor saúde na Bahia, organizada em função dos períodos que marcaram as conjunturas da história brasileira desde a Proclamação da República, em 1889, até 1986: República Velha, Populismo, Autoritarismo e Nova República. Ao descrever estes momentos, faço correspondência com alguns marcos da história política brasileira e de como estes se refletiram no setor saúde e na instituição da burocracia estatal da saúde no País e na Bahia.

Busquei, também, uma aproximação com as bases conceituais que determinaram a estrutura administrativa do órgão setorial do governo estadual responsável pela política de saúde e pela execução das suas ações, como forma de caracterizar os tipos de poderes (TESTA, 1992; 1995) existentes no seu interior.

Registra-se no Brasil a intervenção do Estado na saúde da população desde o período Imperial, estabelecendo uma íntima relação entre a medicina e a preocupação com as transações econômicas do Reino. O diagnóstico sobre as doenças que atingiam a população era remetido à Secretaria de Negócios do Reino para as devidas providências, visto que a ocorrência de epidemias era um impeditivo para a exportação dos produtos brasileiros (GOMES, 2007; SCLAIR, 2008; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Até o final do século XIX e o início do século XX, no território brasileiro predominavam as doenças transmissíveis e grandes epidemias, exigindo o desenvolvimento de políticas de saúde como estratégias resultantes da dinâmica do

---

<sup>7</sup> Anotação feita em 02/03/2009, em aula inaugural do semestre da UFBA, proferida pelo Prof. Michael Maffesoli.

capitalismo nacional, que demandava do governo o saneamento dos portos para escoar a produção, prejudicada por este quadro epidemiológico (SANTOS, 1985; MENDES, 1996; MORAES, 2003; PAIM, 2003; SILVEIRA, 2006).

### 3.1 A REPÚBLICA VELHA/REPÚBLICA OLIGÁRQUICA (1889 – 1930)

Com a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, instala-se o Governo Federativo mantendo-se na primeira fase republicana o modelo econômico agroexportador, com predomínio político das grandes oligarquias nacionais<sup>8</sup>. A Bahia deixa de ser Província Unitária e passa a ser um dos estados federativos, mantendo-se o domínio político da classe senhorial (sob a liderança dos coronéis<sup>9</sup>), escudado por uma economia basicamente agrária e produzida para o mercado externo (SANTOS, 1998; BATALHA, 2008).

Na condução política do País, com a implantação da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil, os governadores dos estados eram nomeados pelo governo central (MORAES, 2003). Em 24 de fevereiro de 1891, é promulgada a primeira Constituição republicana do País (MORAES, 2003) e, em julho do mesmo ano, a da Bahia (TAVARES, 2001). Começa assim a se delinear as estruturas burocráticas republicanas do Estado brasileiro, já dominadas pelo clientelismo (NUNES, 1997).

A Constituição Federal de 1891 não definia responsabilidades do Estado sobre a saúde. Algumas ações restritas emergem na Constituição de 1934, seguindo-se um acréscimo lento nas próximas (editadas nos anos de 1937, 1946 e

---

<sup>8</sup> Com a proclamação da República implanta-se a Primeira República (1889 a 1894), marcada por disputas entre militares e as oligarquias nacionais (principalmente paulistas e mineiras), ocasião em que os primeiros pretendiam erguer uma República centralizada com poder executivo forte. Os segundos defendiam um modelo federativo com autonomia dos estados. Nos primeiros anos os militares estiveram no poder, mas com a ascensão do primeiro presidente civil em 1894, Prudente de Moraes, instala-se um regime caracterizado como República Oligárquica (1894 a 1930) com a assunção do comando do País por uma elite dividida por oligarquias regionais que tinham em comum o interesse pela autonomia do poder regional, situação já garantida pela Constituição Federal de 1891. Entretanto, para amenizar a disputa entre governo federal e estadual instaura-se a política dos governadores, desenvolvendo um mecanismo em que o Presidente destinava recursos para obras públicas que ficavam sob controle de grupos mais forte no estado. Estes grupos davam sustentação política ao governo federal, como apoio nas eleições, garantindo votos e utilizando-se de mecanismos fraudulentos. Esta situação permitiu o domínio de oligarquias paulistas e mineiras que se alternaram no poder até 1930 (MORAES, 2003).

<sup>9</sup> A sustentação do funcionamento do sistema oligárquico foi viabilizada pela articulação entre o poder regional das grandes oligarquias e o poder local dos coronéis. Estes últimos por ser proprietários de latifúndios dominavam pelo poder econômico ou pela violência um contingente de pessoas garantindo os resultados das eleições e instalando um mecanismo de troca de favores, controlando a máquina pública e de seus cargos localmente (coronelismo) (MORAES, 2003).

1967), até a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988. Quanto ao papel reservado para as instâncias subnacionais, este continua inespecífico (ABRASCO, 1985)<sup>10</sup>.

A intervenção sobre as epidemias nas cidades e o saneamento dos portos deu origem às instituições de pesquisas e a ampliação do ensino da medicina, promovendo o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. Nestas instituições formam-se profissionais médicos, segundo o paradigma da bacteriologia, que para Merhy (1992) constitui a corrente de pensamento dos higienistas/sanitaristas, que exerciam forte influência na formulação das intervenções em saúde pública. Hochman (1998) chama a atenção que as políticas de saúde e saneamento propostas pelos sanitaristas não eram viáveis sem o fortalecimento da autoridade estatal e do governo federal.

Estes profissionais irão atuar tanto na produção de conhecimento quanto na constituição de um setor público, que tinham como meta estratégica a intervenção no campo das ações coletivas, principalmente as de saneamento. Assim, estabeleceram-se afinidades entre uma comunidade de cientistas em formação; projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista; propostas de políticas de expansão da autoridade estatal no território e a redefinição do pacto federativo (HOCHMAN, 1998; MORAES, 2003; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Se, inicialmente, as ações de saúde pública implementadas estiveram concentradas nas grandes cidades, especialmente as portuárias, a partir de 1915 têm início um movimento pelo saneamento rural, liderado por grupos políticos preocupados em recuperar no interior do País as raízes da nacionalidade, buscando integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional (SANTOS, 1985; HOCHMAN, 1993; MORAES, 2003).

Assim, o período da Primeira República, caracterizado como a Era do Saneamento, é marcado pelo crescimento da consciência das elites em relação à situação sanitária do País e pela percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelos problemas relativos à saúde (SANTOS, 1985).

Para Lima; Fonseca e Hochman (2005) essa ideologia sanitarista desempenhou um papel de mobilização política, com implicações institucionais imediatas como, por exemplo, a criação do Departamento Nacional de Saúde

---

<sup>10</sup> Sobre as responsabilidades constitucionais dos entes federativos para a saúde, Dias (1986) apresenta uma revisão detalhada da legislação.

Pública (DNSP), a partir da Reforma Carlos Chagas, em 1920, favorecendo a expansão da autoridade estatal sobre o território.

Com essa perspectiva, as ações do Estado no campo da saúde concentravam-se na criação de órgãos federais, responsáveis pela execução de campanhas direcionadas para o saneamento ambiental e o controle dos indivíduos doentes. Era forte a presença das autoridades sanitárias, que utilizavam o poder de polícia nas suas ações. Iniciou-se uma expansão das ações denominadas de Saúde Pública, com a instalação de serviços para este fim, configurando um modelo assistencial denominado de sanitário campanhista<sup>11</sup>. A criação do DNSP, com gestão centralizada no governo federal, permitiu a expansão de centros de saúde destinados à assistência médica, além do desenvolvimento das campanhas sanitárias (LUZ, 1991; PAIM, 2003; SILVEIRA, 2006; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Verifica-se, portanto, que a presença estatal no campo da saúde estrutura uma administração que, ao mesmo tempo em que criava as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se consolida após 1930, assentava os pilares para a criação de um sistema nacional de saúde caracterizado pela centralização das decisões e ações no governo federal. Estes são traços que marcam o sistema de saúde até os dias de hoje (LUZ, 1991).

Batalha (2008), na sua Cartilha Histórica da Bahia, descreve a composição administrativa até o primeiro escalão dos governos e registra a nomeação de 1889 até 1892 de sete governadores. Do executivo refere-se apenas à existência dos cargos de governador e vice-governador, indicando, ainda, a inexistência de estruturas auxiliares, como, por exemplo, secretarias. Somente em 1892, elege-se o médico Joaquim Manuel Rodrigues Lima, como resultado de um sufrágio popular, que governa até 1896<sup>12</sup>. Ainda segundo Batalha (2008), este governador “Organizou e montou a máquina administrativa [...]” (p.25), com o primeiro registro de um secretariado responsável pelas pastas da Fazenda, Interior, Viação e Polícia.

---

<sup>11</sup> Sobre este modelo assistencial ver PAIM (2003).

<sup>12</sup> Tavares (2001p. 306) chama a atenção para o processo eleitoral que se inicia no estado, definindo-o como “famoso voto bico-de-pena” a descoberto, o bicório, que permitia todas as fraudes e fortalecia o poder dos coronéis. Uma publicação da Assembléia Legislativa da Bahia (BAHIA, 1996) refere-se a esta prática explicando que o bicório foi um apelido dado pelo povo à prática de alterar as atas dos resultados das eleições e confirmar ou substituir o nome dos eleitos por aqueles que faziam parte dos interesses dos coronéis. Nesta mesma publicação está detalhada a forma do domínio sobre o estado, assim descrita: “É no período da Primeira República que o coronelismo consolida todo seu domínio sobre a máquina estatal. Os funcionários do estado concedem favores à sua clientela de coronéis em troca de votos, obtidos através de mais variadas práticas de fraudes nas urnas eleitorais. [...] Em geral são latifundiários, mas existem também coronéis comerciantes, burocratas e até mesmo padres. Normalmente possuem bandos de capangas, utilizados como meio de coação e sujeição, e exercem o poder através do sistema de clãs e de alianças.” (p.25)

Começa, então, a se delinear no estado uma estrutura de gestão para compor o governo estadual.

Entretanto, embora a Bahia apresentasse um quadro de precárias condições de saúde (SANTOS, 1998) para cuidar da Saúde Pública, foi criada a Inspetoria de Higiene, o Conselho Geral de Saúde Pública e o Instituto Vacínico, com a lei nº 30 de 29 de agosto de 1892, subordinada ao chefe do poder executivo. Em 1895, pela lei nº 115, de 16 de agosto, essa inspetoria passa a ser vinculada a Secretaria do Interior e Justiça (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; NERY, 1982).

A estrutura de governo em secretarias (inexistindo alguma com responsabilidade sobre a Saúde da população) se mantém até 1904, quando o governador José Marcelino (28.5.1904 a 28.5.1908) faz uma reforma e unifica todas as secretarias existentes, criando o cargo de secretário de Estado (BATALHA, 2008). Tavares (2001, p.332) atribui este ato ao governador José Joaquim Seabra (29.3.1912 a 28.3.1916), que unificou “todas as Secretarias da administração pública na Secretaria Geral”, medida que permitiu a centralização da autoridade do governador. Antônio Ferrão Moniz de Aragão (28.3.1916 a 28.3.1920) restabelece as secretarias, mas não cria uma que seja responsável pelas ações de saúde.

Algumas fontes revisadas (BATALHA, 2008; TAVARES, 2001; BAHIA, 1996; NERY, 1982) registram ações desenvolvidas pelo governo estadual para responder a um quadro de epidemias, principalmente de febre amarela, de varíola e de peste bubônica. Estas se concentram em ações coletivas como, por exemplo: campanhas de vacinação; saneamento de espaços públicos; inspeção em escolas; instituição de serviços de visitas domiciliares de desinfecção e pesquisas bacteriológicas; e construção do edifício do Instituto de Bacteriologia, atualmente Instituto Oswaldo Cruz.

Estes registros não significam, segundo Santos (1998), que o estado da Bahia assumiu uma reforma da Saúde Pública em curso no País, liderada por um grupo de médicos higienistas. Para esse autor, a Bahia, na República Velha, era um dos estados mais populoso e, se comparado com outros similares, é um “caso negativo” (destaque do autor) na atuação para prover ações e serviços de saúde públicos à população. Esta avaliação prende-se ao fato de que, apesar da tradição centenária na educação médica e sua influência política, econômico e cultural, não se conseguiu realizar a reforma nos moldes do pensamento higienista, mantendo as precárias condições de saúde em todo estado.

Santos (1998) também aponta alguns fatores que contribuíram para o atraso nas ações de Saúde Pública na Bahia até meados da década de 1920. Primeiramente, um sistema político partidário fragmentado, sem conseguir uma articulação política que pudesse garantir alguma unidade nas decisões. Isto devido à existência das oligarquias regionais que, inclusive, impediam que as ações de Saúde Pública fossem executadas em seus domínios, por considerar interferência do governo estadual. Em segundo lugar, e não menos importante, a rivalidade entre as duas correntes médicas, a dos higienistas e dos conservadores da escola de cirurgiões, com predominância dos segundos, inclusive por participar da vida político-partidária no estado. Para esse autor os conservadores, por serem predominante na categoria, impuseram um atraso na produção científica e no desenvolvimento do sanitarismo no estado.

Por outro lado, há registros de ações de saúde executadas fora da rede estatal, como a da Liga Baiana contra Tuberculose, criada por iniciativa de médicos baianos ante o crescimento do número de casos desta doença; a ampliação da assistência hospitalar ligada as Santas Casas de Misericórdia, como o novo Hospital do Largo de Nazaré em Salvador (hoje Santa Isabel) e a inauguração da Santa Casa da Cidade de Juazeiro; a abertura do Hospital da Criança em Monte Serrat (Salvador) pertencente ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Vale registrar que, embora estas iniciativas não sejam da administração direta do executivo estadual, as fontes consultadas evidenciam a presença do governo estadual, principalmente no repasse de recursos financeiros para estas instituições (BATALHA, 2006, BAHIA, 1996). Estas ações se desenvolveram e contavam com financiamento público, provavelmente pela ênfase dada a formação médica no estado, direcionada para a medicina clínica e o ensino retórico (SANTOS, 1998).

Nos primeiros vinte anos da República, é marcante a presença do governo federal nas ações de saúde no estado, identificada por fatos como: a criação do Serviço de Vigilância Sanitária, motivada pelo combate à febre amarela e a implantação do serviço de profilaxia de lepra e doenças venéreas, em Salvador (BAHIA, 1996). Nesta mesma publicação fica evidente a dependência estadual do governo federal quando refere que na epidemia de febre amarela “[...] o governo estadual clama providências ao governo federal” (p.115), e que um grupo de mães fizeram um movimento “[...] contra a desativação dos serviços de higiene infantil e de

tuberculose, mantidos pelo governo federal” (p.127). Esta atuação da esfera federal foi descrita por Santos (1985, p.12-13):

O novo código sanitário (1920) deu maiores poderes ao governo federal para intervir nos estados. Em poucos meses, onze estados haviam firmado acordos com o governo central para a criação de postos de profilaxia no interior. Sete estados eram da região norte e nordeste. Em 1922, perto de 100 postos de saúde estavam operando, além dos postos abertos pela International Health Commission da Fundação Rockefeller. Durante a presidência de Artur Bernardes (1922-1926), os serviços de saúde tornaram-se ainda mais centralizados, sob a tutela federal. Veja-se o caso da Bahia: as atividades de saneamento se intensificaram durante 1923/25, com as novas campanhas de higiene infantil e anti-tuberculosa movidas pelo governo federal. Além disso, o diretor federal de saúde na Bahia passou a acumular a chefia do serviço sanitário estadual em 1924, medida que refletia a intervenção federal crescente nos estados.

Estas ações se sustentam no pensamento higienista/sanitarista (Merhy,1992), que influenciava as decisões dos governos federal e estadual, acompanhando o início da conformação do sistema de saúde nacional.

Santos (1998) refere-se ao progresso do movimento de saúde pública na Bahia a partir de 1920, por indução do governo federal e a atuação da Fundação Rockefeller. Disto decorre a ampliação do espaço político de intervenção do Estado sobre a saúde da população.

As informações sobre o setor saúde na estrutura da administração do governo da Bahia, até 1925, foram encontradas isoladamente nas fontes. Entretanto, no Relatório do setor saúde de 1926, apresentado por Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, gestor da época, consta um resumo de como se organizava este setor desde o início da República, elucidando a sua estrutura organizacional e como atuava (BAHIA, 1927, p.2):

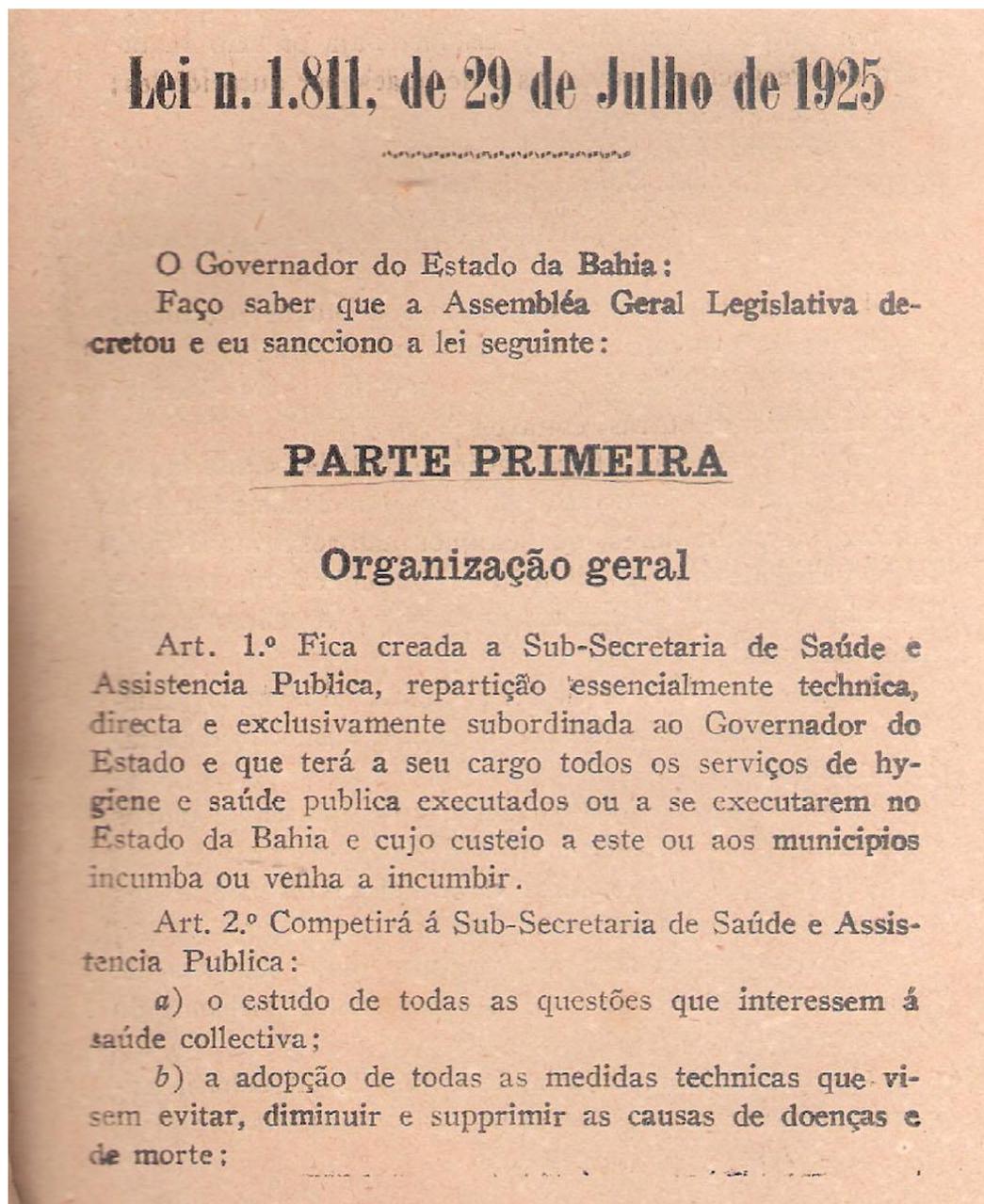
As ações de saúde de 1917 a 1925 eram executadas pela repartição de Saúde Pública. (como parte da) [...] chamada de Diretoria Geral do Estado criada pelo acto 1.231 de 1917 [...] os quaes delineavam a organização administrativa da repartição então formada (referindo a saúde), pouco ou quasi nada estabelecendo quanto as directrizes scientificas que deveriam ser adotadas [...]

O mesmo documento, ao descrever o que denomina de repartição de Saúde Pública, refere com insistência sobre a inexistência de funções definidas, destacando que “[...] cada funcionário agia por conta própria [...]”, e sobre a

inexistência de um local de funcionamento, estando sua sede “[...] em commodos emprestados de uma outra repartição [...]” (p.2).

Embora registrem-se epidemias no estado, as ações de saúde eram restritas e concentradas na capital e no seu entorno e executadas por um setor com pouca expressão na estrutura administrativa estadual. Verifica-se, também, a presença marcante do governo federal nas ações, indicando um centralismo nas decisões e na formulação de políticas, já apontado por vasta literatura sobre a evolução do setor saúde no Brasil. Por outro lado, as evidências apontam para a falta de poder político do gestor do setor da Saúde Pública estadual. Para este cargo, segundo Santos (1998), eram nomeados pessoas sem exigência de formação acadêmica ou experiência profissional. Esta situação vai ser por modificada após o ano de 1925.

Apenas no governo de Góes Calmon (28.3.1924 a 28.3.1928), através da Lei nº 1.811 de 29 de junho de 1925, foi criada a Subsecretaria da Saúde e Assistência Pública da Bahia (Figura 2).



**Figura 2** – Lei que cria a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública

Três questões chamam a atenção no enunciado desta lei: porque uma Sub-Secretaria se na estrutura do estado as outras áreas era executadas através de secretarias? por que uma Sub-Secretaria se era direta e exclusivamente ligada ao governador? Porque essencialmente técnica? Alguns indícios apresentados a seguir ajudam na análise do papel político e técnico dessa nova estrutura na administração estadual.

Consta na lei de criação a exigência de que a Direção do órgão deve ser ocupada por um médico especializado em Higiene, o que denota a coerência com o

movimento higienista (SANTOS, 1985; MERHY, 1992). O indicado para este cargo é o dirigente do Serviço de Profilaxia Rural Federal, Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, que passa a acumular os dois cargos de Saúde estadual e federal, o que denota um papel indutor do órgão nacional para a organização da Saúde Pública no estado.

Com referência a assistência à saúde da população, o art. 49 define: “Os Postos Municipais de Higiene, verdadeiras unidades sanitárias, serão localizados preferencialmente em zonas ricas e florescentes e de população densa.” A opção por zonas que geravam mais divisas para o estado, já que tinha sua produção direcionada para o comércio externo, evidencia a intervenção do governo para sustentação do modelo econômico. Por outro lado, a escolha desses locais para intervenções tem foco inverso à distribuição das doenças ocorridas no estado que, por suas características, demandavam ações principalmente nas zonas economicamente mais carentes.

Embora a lei estadual indicasse a expansão dos serviços, coube ao âmbito federal as iniciativas para a interiorização de ações e serviços de saúde com o apoio financeiro da Fundação Rockefeller. Disto resultou que, em dois anos, dobrou o número de postos de profilaxia rural no interior. Esta interferência também vai criar condições para avançar no terreno institucional na saúde estadual (SANTOS, 1988).

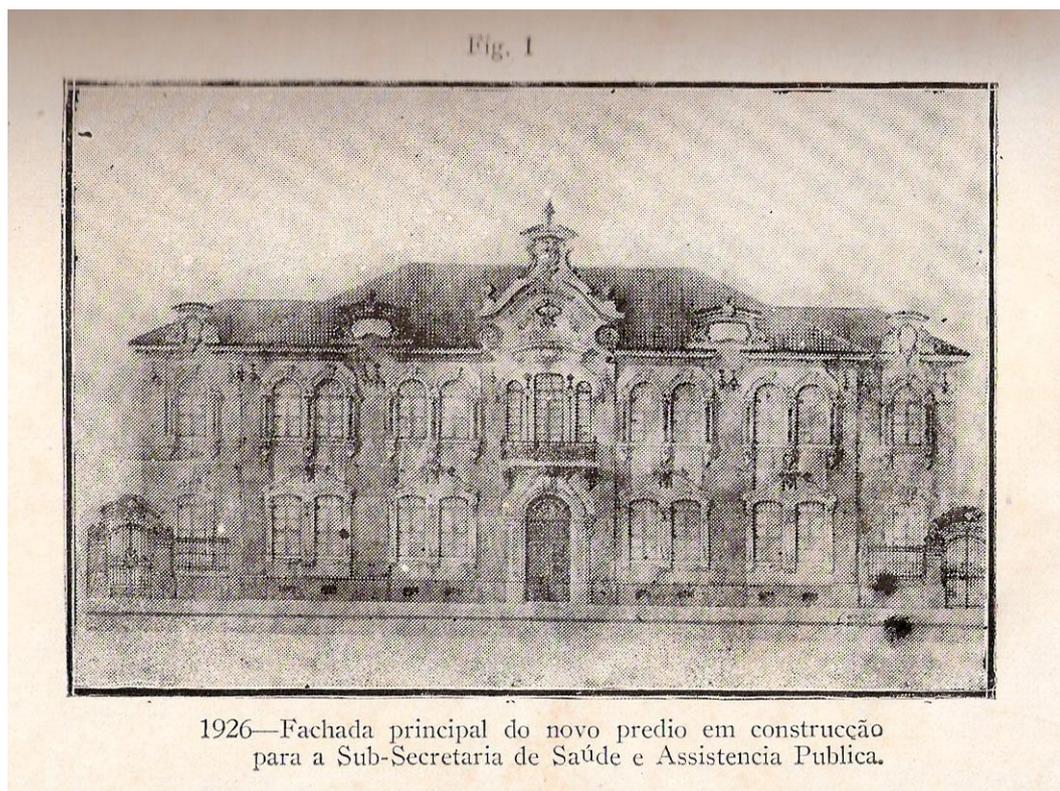
As bases legais para ampliar as funções da saúde pública no estado foram postas na lei de criação da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública que, na sua estrutura, contava cinco divisões em subsetores, três deles relacionados aos aspectos financeiros e jurídicos, e dois relacionados com a atenção mais direta à saúde da população: o de Saúde Pública e outro de Assistência Pública (BAHIA, 1926). Além desta divisão interna, Guimarães (1983, p.83) identifica nesta lei a primeira subdivisão do território estadual com característica de descentralização e regionalização das ações de saúde ao apontar que “[...] no artigo 51, criou quatro subdiretorias sanitárias: uma no Norte, uma no Sul e duas no Centro visando facilitar a administração central [...]”. Esta divisão é coerente com a diretriz nacional de interiorização dos serviços de saúde para todo País.

O papel a ser desempenhado pela Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia foi detalhado no primeiro Código Sanitário estadual do período republicano, criado pelo Decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925 (BAHIA, 1926a). Baseado na legislação federal, este restringe o conteúdo da legislação

municipal, que até então era independente, o que facilita a concentração de poder no governo estadual. Ao mesmo tempo, o Decreto nº 4144 – A de 11, define que a Subsecretaria de Saúde incorpore os serviços sanitários municipais, indicando uma centralização da gestão das ações de saúde pública nesta esfera de governo.

No Código Sanitário estadual constam ações definidas para o controle das doenças transmissíveis, inspeção de escolas e justiça sanitária, inclusive com definição das ações a serem executadas na dependência de contratos (termo usado na época) com o governo federal. Entretanto, ressalto o papel bem mais restrito para a assistência individual, que se concentrava no Hospital de Isolamento (para quarentena das doenças transmissíveis), Hospital dos Lázaros (para os hansenianos) e Hospital João de Deus (para doentes mentais), além de algumas ações para atendimento em urgência.

Quando analiso o Relatório de Gestão da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, referente ao ano 1926, evidências apontam algum desconforto político nos primeiros anos de atuação. Primeiro, é descrito com ênfase a subordinação do setor da Saúde ao governador, o que aparentemente é paradoxal, considerando-se que a Saúde atuava como uma “subsecretaria”, o que indica subordinação a uma outra estrutura. Segundo, isso pode ser atribuído a uma aspiração do gestor em ampliar o seu poder, já que a lei determina que o órgão criado tenha caráter essencialmente técnico. No entanto, o relatório também informa uma total autonomia financeira da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, indicando algum poder político. O relatório traz, com regozijo, a notícia do início das obras para adaptação do Palácio da Victória (Figura 3), como sede própria da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública, situação que foi concretizada, porque esta foi a sede do órgão que administrou o setor de saúde estadual até a inauguração do Centro Administrativo da Bahia, em 1975.



**Figura 3** – Fachada principal do novo prédio. Bahia (1926).

Destarte, a saúde vai ganhando espaço tanto físico como no desenvolvimento de ações de Saúde Pública, sob o auspício do governo federal, que no bojo das idéias de integração das áreas mais carentes do País ao desenvolvimento nacional, intensifica a intervenção na Bahia (SANTOS, 1985; 1998). Em 21 de julho de 1927, a lei nº 1993 cria a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em substituição a Subsecretaria existente, o que, segundo Santos (1998), é uma iniciativa pioneira no País; mas, é o mesmo autor quem ressalta tratar-se de um arranjo institucional idealizado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, testado na Bahia para posterior difusão para os outros estados.

É Santos (1998, p.24) também quem afirma que as iniciativas da esfera nacional e da Fundação Rockefeller imprimiram um acelerado avanço “[...] no terreno da legislação, no aparelhamento institucional e administrativo e na política sanitária” baiana durante a década de 1920. Outrossim, conclui reconhecendo os limites destes avanços para resolução dos problemas de saúde da população de um estado governado por oligarquias.

Concordo com o autor, mas não se pode deixar de considerar também a forma como o governo federal fez a intervenção no estado. Esta forma de operar

não induziu a uma autonomia da área dentro da gestão do estado, já que os recursos para este primeiro “avanço” foram provenientes dos fundos federais, que, geralmente, determina também como se gasta, e, portanto, não distribui poder administrativo. Por outro lado, reproduz as linhas gerais de direção da Saúde no país, compatível com a emergência de um sistema de Saúde Pública voltado para ações coletivas. Quanto às ações para assistência individual, permanecem sendo desenvolvidas em uma frágil rede de hospitais estatais, fortemente dependente dos recursos do governo federal.

No panorama econômico nacional, além da necessidade de exportação, o País estimulava uma política de imigração como estratégia de desenvolvimento e substituição da mão-de-obra, iniciada desde a abolição da escravatura (MORAES, 2003). Por outro lado, com as dificuldades para o comércio internacional, provocadas pela Primeira Guerra Mundial, expande-se a industrialização, acompanhada do surgimento da classe operária nos centros urbanos. A maioria dessa classe social era composta de imigrantes europeus com maior formação política e que começam a se organizar em sindicatos e reivindicar direitos trabalhistas (MORAES, 2003; SILVEIRA, 2006).

O Estado, embora sustentado na ideologia liberal, responde com a criação de leis, iniciando o controle e regulamentação do mercado de trabalho. Uma das leis criadas, a Lei Elói Chaves de 1923, institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), processo já iniciado por conta própria pelas indústrias. Nasce, no Brasil, um sistema de Previdência Social, modificando a postura liberal do Estado frente às reivindicações trabalhistas. Inclui-se nas ações do modelo previdenciário a assistência médica curativa e o fornecimento de medicamentos, desvinculada do sistema de saúde pública, que respondia pelo controle das doenças transmissíveis (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978; PAIM, 2003; OLIVEIRA, 2007).

Constata-se uma estatização dos serviços de saúde, acompanhando a tendência mundial. Segundo Donnangelo (1975), esta forma de atuação se explica porque o Estado incorporava gradativamente nas suas ações os interesses coletivos, como também assumia, cada vez mais, racionalidade operativa para responder às pressões da população por direitos sociais e, conseqüentemente, pelo direito à saúde, embora este conceito de direito não fizesse parte da motivação das ações do Estado. O reconhecimento formal dos direitos sociais só se dará com a Carta das Nações Unidas firmada em 1945 (TEIXEIRA, 1982).

Com a CAP, pelo menos até 1930, a assistência médica era uma prerrogativa fundamental desse embrionário sistema previdenciário, sendo desenvolvida a estruturação de uma rede própria para a execução das ações (MENDES, 1993). A coordenação da participação do Estado era centralizada na esfera federal, não tendo os governos estaduais qualquer ingerência sobre as ações realizadas em seu território.

Por outro lado, o acesso a esse sistema era privilégio apenas dos trabalhadores formais, organizados por empresas e estas se concentravam em grandes centros urbanos. A população sem emprego formal, das pequenas cidades e zonas rurais, denominada de “indigente”, era assistida pelo sistema de Saúde Pública, que desenvolvia ações ditas de prevenção e assistência médica executadas por órgãos federais e/ou estaduais, com a maioria dos serviços de saúde instalados nas grandes cidades (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Destacamos também a formação de pessoal em saúde para operar estes sistemas. Teixeira (1982); Santos (1985; 1998) descrevem a formação de agentes de saúde, na década de 1920, e identificam a influência norte-americana, sobrepujando a influência européia dos anos anteriores, com destaque para a presença da Fundação Rockefeller no País, iniciada pelo estado de São Paulo e, especialmente, nas áreas de higiene e saúde pública.

Localizando esta formação, Teixeira (1982, p.24) escreve:

Identificamos assim, nas raízes da política educacional na área da saúde, uma dicotomia semelhante à que se verifica no que diz respeito aos aparelhos institucionais: de um lado, a assistência médica, ainda predominantemente liberal e articulada ao ensino clínico-hospitalar, sob controle da sociedade civil; do outro, as medidas de saúde pública sob égide do Estado – ainda que insuficientemente aparelhado para desenvolvê-las no âmbito nacional – articuladas a uma nascente organização institucional de ensino em saúde pública, também sob controle direto do Estado.

### 3.2 A ERA VARGAS/REPÚBLICA POPULISTA (1930 – 1964)

A crise econômica mundial de 1929 atingiu profundamente a economia agrária exportadora brasileira. Como consequência, um contingente da população é expulso do campo e forma núcleos urbanos nas periferias das cidades, o que vai se refletir na estrutura econômica e social das mesmas. Constata-se uma urbanização

acelerada, acompanhada de alterações socioeconômicas e políticas motivadas por um processo de industrialização, decorrente do chamado modelo de substituição de importações, que passa a ser base do desenvolvimento econômico do País (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; MORAES, 2003).

Ao tempo em que se intensificam as pressões sociais dos trabalhadores, os assalariados irrompem em greves e reivindicações, surgindo lideranças urbanas, cuja maior expressão foi o então tenente Getúlio Vargas que, liderando o movimento tenentista, provoca a Revolução de 1930 (MORAES, 2003).

Iniciava-se um período que os historiadores brasileiros denominam de Era Vargas ou Populismo (1930 a 1964)<sup>13</sup> embora com uma divisão importante entre 1930 a 1945, com a ditadura instalada com o golpe de 1930 e a restauração da democracia em 1945, o que dura menos de vinte anos (MORAES, 2003).

Os setores da saúde e da previdência social passam por modificações nesse período, mantendo uma característica de forte presença estatal na gestão dos mesmos, com centralização no governo federal. Houve uma retomada da politização das relações sociais, com destaque para a cooptação dos trabalhadores que participavam da gestão do Sistema Previdenciário. Ao mesmo tempo, a presença dos sindicatos nos espaços de gestão do sistema era um canal de expressão das demandas sociais e políticas (TEIXEIRA, 1986; 2006).

O Sistema de Saúde Pública ampliou sua atuação, embora com presença mais intensa na área urbana. Entretanto, implementa-se um leque de ações limitadas, na forma de programas destinados a grupos da população ou combate e controle de doenças, mantendo-se as características do modelo assistencial sanitário-campanhista<sup>14</sup> que, após a redemocratização do País, em 1945, assume

---

<sup>13</sup> Assim que assumiu o poder, Vargas fechou o Congresso, criou Ministérios e procurou centralizar o poder e impedir tanto a autonomia regional quanto o domínio político das oligarquias. Deste modo, apenas três dias depois de oficializada a instalação do novo governo, em meio a uma série de medidas, criou o Ministério dos Negócios e da Educação e Saúde Pública (decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930). A Constituição de 1934 mantém o princípio da federação embora com a preocupação de estabelecer um Estado forte e intervencionista. Isto obrigou Getúlio Vargas a aparelhar melhor a estrutura administrativa, criando uma burocracia técnica e capacitada que substituiu a que funcionava desde o Império, baseada no apadrinhamento. Para isto, instituiu em 1938 o Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), e esse acabou beneficiando a classe média, que pode concorrer aos empregos do serviço público (MORAES, 2003). Entretanto, Luz (1991, p.140) chama a atenção que “desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas”.

<sup>14</sup> Para Paim (1986, p.49) este modelo “[...] tornou dominante na organização dos serviços de saúde no Brasil na primeira metade do século atual.” Foi criado no Brasil um conjunto de serviços obedecendo à lógica campanhista. Entre eles, podemos citar: o Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939 e posteriormente

características de um sanitarismo desenvolvimentista<sup>15</sup> (MENDES, 1993; PAIM, 2003; SILVEIRA, 2006; LUZ, 2007).

No sistema previdenciário intensifica-se a centralização iniciada com as CAP com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Segundo Noronha; Levcovitz (1994) sob os auspícios do governo central, os institutos acompanham o padrão urbano-industrial da sociedade brasileira, resultando no surgimento de vários IAP, organizados por categorias profissionais de acordo com a força política que estas detinham no modo de produção econômico. O governo federal tinha o controle da gestão dessas autarquias através da nomeação dos seus presidentes e das estruturas estatais criadas, a exemplo do Conselho Superior da Previdência Social, ligadas ao Ministério do Trabalho (DONNANGELO, 1975; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1993; PAIM 2003; OLIVEIRA, 2007; LUZ, 2007).

Assim, consolida-se de forma separada um sistema previdenciário responsável pela gestão da medicina previdenciária, com a atenção à saúde do trabalhador sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e um sistema de Saúde Pública para a população não incorporada ao mercado formal. Este último, a cargo do DNSP desde 1920, passa por várias reformas com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, em 1930, Ministério de Educação e Saúde, em 1937, até ser transformado em Ministério da Saúde, em 1953 (PAIM, 2003; HOCHMAN, 2005; LUZ, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Retornando as reflexões para a Bahia, no primeiro ano do período Populista a condução da política no estado reflete os conflitos nacionais<sup>16</sup> com a nomeação de governadores pelo governo federal, o que gerou uma permanência dos nomeados por pouco tempo nesse cargo, resultando em seis governadores em apenas um ano e nove meses de governo (BATALHA, 2008; TAVARES; 2001). Esta situação indica

---

transformado em Serviço Nacional de Malária (1941); o Serviço Nacional de Febre Amarela, de 1940; o Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942, mais tarde transformado na Fundação SESP.

<sup>15</sup> Novo pensamento de um grupo de sanitaristas que propugnavam que a doença e a miséria não seriam controladas por meio de maiores gastos em serviços de saúde, mas sim com maior desenvolvimento econômico que levasse à melhoria das suas condições de vida. Teve seu auge no período de 1955-1964, ficando conhecido como **Sanitarismo Desenvolvimentista**. Nesse período, verifica-se uma tentativa de implantar-se no País um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

<sup>16</sup> A o assumir o governo do País, Getúlio Vargas enfrenta dificuldades decorrente da heterogeneidade da composição das forças políticas e sociais que o levou ao poder. Desde o início da gestão teve que conciliar as propostas de um Estado centralizado defendida pelos tenentes, com uma aspiração de manter um estado federalista que permitissem certa autonomia aos estados, defendidas pelas oligarquias regionais. Como ação inicial para garantir um poder centralizado forte, fechou o Congresso e passou a nomear interventores para os Estados causando discórdias com as lideranças regionais (MORAES, 2003)

uma dificuldade de intervenções na estrutura administrativa do estado. Entretanto, o Ementário elaborado por Bulcão; Oliveira; Nery (1984) identifica seis decretos que modificam o aparelho do Estado, quanto à reordenação da gestão da saúde pública, apresentados a seguir:

- Decreto nº 7066, de 1º de novembro de 1930 – desdobra em três as secretarias de Estado (inclusive a de Saúde e Assistência Pública);
- Decreto nº 7068, de 5 de novembro de 1930 – restabelece a Diretoria Geral de Saúde Pública;
- Decreto nº 7337, de 27 de março de 1931 – reorganiza os atuais serviços de Saúde Pública e modifica a legislação em vigor;
- Decreto nº 7599, de 11 de setembro de 1931 – cria a Junta Superior de Saúde;
- Decreto nº 7686, de 10 de outubro de 1931 – estabelece multa para caso de infração prevista no Código Sanitário;
- Decreto nº 7595, de 19 de outubro de 1931 – transfere a Repartição de Saneamento da Secretaria de Saúde e Assistência Pública para a Secretaria de Agricultura, Indústria, Comércio, Aviação e Obras Públicas.

Os estudos de Araújo; Ferreira; Nery (1973) Santos (1998), Hochman (2005) identificam uma característica dos governos baianos: a de modificar a estrutura da saúde por decretos do executivo, o que para Araújo; Ferreira; Nery (1973) fez com que a setorial da saúde permanecesse em vários momentos sem base legal até a reforma administrativa de 1966. Por outro lado, há indícios de que as modificações introduzidas pelos decretos foram induzidas pela influência do governo federal no estado (SANTOS, 1998; HOCHMAN, 2005). Isto, na prática, não representou ganho para a gestão da saúde no estado, a não ser a confirmação do forte poder de mando do governo federal.

Destaco, inclusive, que um dos governadores nomeados foi Artur Neiva (28. 2 a 15.7.1931), higienista, que fez uma viagem pelo interior do Brasil, ocasião em que elaborou, com Belisário Pena, o Relatório da missão científica de 1912, evidenciando as precárias condições de saúde na Bahia, o que direcionou o esforço do governo federal para este estado como parte da estratégia de integração

nacional. Esta forma de atuação federal nos estados foi iniciada na década de 1920 (SANTOS, 1998); mas, segundo Hochman (2005), é continuada pelo governo getulista.

Já na gestão de Juracy Montenegro Magalhães (19.9.1931 a 24.4.1937), detentor de dois mandatos seguidos como governador da Bahia, um como interventor e outro constitucional, identificam-se modificações mais consistentes na organização administrativa estadual. Este governo inicia criando o Departamento de Saúde Pública da Bahia, através do Decreto nº 7.878, de 21 de dezembro de 1931, e, no seu apêndice B, também organiza o quadro do pessoal desse novo órgão (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984). A partir daí, ocorrem pequenas modificações, culminando com a criação da Secretaria de Estado da Educação, Saúde e Assistência Pública, em 1935, ficando sua composição com os Departamentos de Saúde Pública, de Educação e do Serviço Médico Social (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; TAVARES, 2001; BATALHA, 2008). Neste mesmo ano, é promulgada, em 22 de abril de 1935, a nova Constituição Estadual, segunda do período republicano.

O secretário indicado para gestão da nova secretaria é Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, referido como higienista pelas fontes consultadas. É servidor federal e respondeu pela pasta da saúde na segunda metade dos anos de 1920. Os registros das ações mais importantes para a saúde neste governo referem-se à construção do Pronto Socorro (antigo Hospital Getúlio Vargas) e hospital para pacientes com Hanseníase (atual Hospital Colônia Dom Rodrigues de Menezes); inauguração de postos de puericultura em três bairros de Salvador; e a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Observa-se que, durante este governo, continua a concentração das ações na capital do estado.

Duas décadas depois da criação de uma estrutura administrativa para a Saúde, e o registro de epidemias como a de febre amarela, da malária e de varíola em todo estado, a ampliação da rede de saúde pelo governo estadual para o interior é registrada no governo de Landolfo Alves de Almeida (28.3.38 a 24.11.1942). Isto aconteceu por tratar-se de um governo que definiu como linha de ação o incremento da economia interiorana. Para tanto, em 1938, reorganiza a pasta da Saúde, que passa a ser denominada Secretaria de Educação e Saúde criando na sua estrutura o Serviço de Saúde e Assistência e Assistência Pública do Interior. A partir daí, o executivo passa a inaugurar postos de saúde em vários municípios, trinta deles

direcionados para o combate ao tracoma (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; BATALHA, 2008).

Esta ação tardia pode ser atribuída aos problemas econômicos do estado, que enfrentava uma dívida externa e interna, além da concorrência com outros países na produção do cacau, no início do século XX, seu principal produto de exportação (MORAES, 2003; TAVARES, 2001). Santos (1985) descreve que “[...] o estado da Bahia, por exemplo, não pôde fazer uso imediato dos serviços da International Health Commission (representação da cooperação internacional através da Fundação Rockefeller), por não dispor dos recursos financeiros que a entidade exigia a guisa de complementação” (p.5). Este comentário do autor refere-se à expansão do sanitarismo no Brasil para o interior, parte da política da corrente nacionalista que pregava a integração nacional e que teve seu ápice entre os anos 1910 e 1920. O governo federal teve participação ativa na ampliação da rede de postos de saúde através de acordo de cooperação com aquela Fundação.

Acompanhando a ampliação da rede de assistência para o interior do estado, em 1942 amplia-se a regionalização com a criação, através da Portaria nº. 730, de 10 Regiões Sanitárias no interior. Guimarães (1983, p.85) ao referir como era operacionalizada a descentralização até este período, e mesmo em governos seguinte escreve: “[...] o que se procurava com estas reformas administrativas era tão somente a desconcentração das atividades técnicas”.

Hochman (2005) afirma que as modificações no campo da saúde, no primeiro governo de Getúlio Vargas, produziram modificações profundas que repercutiram na separação das ações de saúde pública, entendida como para coletividade, e as de assistência médica previdenciária, dita individualizada. Este autor também indica como a intervenção direta da esfera federal, naquele governo, levou à reformulação das organizações estatais no âmbito estadual, direcionando-as para as novas diretrizes nacionais na construção de um estado robusto e centralizado.

Santos (1998) refere que, no período da República Velha, o estado da Bahia foi utilizado como local de teste do governo federal para modelar uma estrutura para as pastas da saúde nos estados. Baseando-me no estudo de Hochman (2005), identifiquei todos os elementos da continuidade desta forma de atuação no estado e apresento, a seguir, alguns pontos que tornam visível essa intervenção, a começar pela similaridade dos nomes das pastas após reformas administrativas. No âmbito federal, em 1930, cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e, na

Bahia, a Secretaria de Estado da Educação, Saúde e Assistência Pública, em 1935. Com uma modificação em 1937, o Ministério passa a ser denominado de Ministério de Educação e Saúde (MES) e na Bahia. logo em seguida, julho de 1938, o órgão estadual passa a chamar de Secretaria de Educação e Saúde. Isto não parece apenas coincidência, até porque é um servidor federal que está no comando do órgão estadual, situação encontrada em treze dos dezenove estados brasileiros existentes na época (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; HOCHMAN, 2005)

Para assegurar a centralização política e administrativa e a verticalização das ações estatais, a reforma federal, em 1937, cria oito Delegacias Federais de Saúde como representação do MES nos estados. A sede da Região Nordeste fica em Salvador, capital do estado da Bahia. Segundo Hochman (2005, p.132) estas delegacias “[...] estabeleciam uma relação íntima com os serviços sanitários estaduais, inclusive com nomeação dos seus chefes”. A presença desta intimidade pode ser percebida através da legislação estadual (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984) que contém uma série de decretos, em sua maioria com prioridades definidas desde o nível nacional, como combate a malária, tuberculose e a lepra etc. Seria repetitivo detalhar, mas o mesmo acontece quando da criação na esfera federal dos Serviços Nacionais de Saúde. Em 1941, o estado da Bahia também assume a as mesmas prioridades deste órgão para direcionar suas atividades na saúde.

Teixeira (1982) chama a atenção para a incorporação, como responsabilidade do Estado, da atividade de formação de pessoal para o sistema de Saúde Pública, garantindo a execução de suas ações por agentes formados para este fim em todo território nacional. Desta forma, consolida-se a ingerência sobre a formação destes profissionais no interior dos aparelhos federais e, por conseqüência, nas instituições estatais subnacionais. Hochman (2005), também, destaca este processo de capacitação e identifica uma nova especialização de profissional de saúde empregado pelo Estado, que vai, segundo este autor, tornar-se uma elite estatal, composta por formuladores e implementadores de políticas de saúde. Na Bahia, encontro indícios desta capacitação quando, através do Decreto-Lei, n 12. 780 de 11 de outubro de 1943, cria no Departamento de Saúde o curso intensivo de Saúde Pública (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984).

Destarte, a Bahia acompanhou o Brasil na conformação de um modelo de assistência à saúde, centralizado e fragmentado, organizado em serviços e programas especializados por enfermidades e implantados nos estados e municípios

através de ações verticais.

É necessário pontuar as modificações nas relações internacionais implementadas pelo governo brasileiro após a Segunda Grande Guerra. Com o projeto de hegemonia dos países centrais, os direitos sociais tornam-se foco para a intervenção do Estado, indicando mudanças na coordenação e planificação deste e das suas instituições. Iniciativas como a Carta das Nações Unidas (de 1945), a Criação da Organização Mundial da Saúde (em 1946) e a redefinição do conceito de saúde, que deve ser responsabilidade do estado, tornaram-se pontos significativos no setor saúde na América Latina (MORAES, 2003; TEIXEIRA, 1982; GUIMARÃES, 1983).

Nesta fração do continente americano, incorporou-se a perspectiva de que uma das possibilidades de superar o subdesenvolvimento seria tomar a saúde como um fator para alavancar a economia dos países ali localizados. Um dos marcos importantes para viabilizar esta proposta foi a criação da Comissão Econômica para América Latina (Cepal), em 1948, que vai realizar estudos sobre Saúde e Desenvolvimento, como também coloca o planejamento como ferramenta fundamental para garantir a implementação de políticas sociais (TEIXEIRA, 1982; KALIL, 1983).

No Brasil, em 1946, retorna a democracia com o final da ditadura Vargas e, neste mesmo ano, é promulgada uma nova Constituição Federal. Segundo Escorel; Teixeira (2008), na Saúde Pública instala-se um debate sobre qual modelo de atenção e de organização institucional na saúde seria adequada ao País. Ainda segundo estes autores, esta discussão conduz a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, independente da área de educação.

Registra-se uma primeira tentativa de planejamento para coordenar a intervenção estatal sobre os gastos públicos, no governo de Eurico Gaspar Dutra (1949 a 1953), com o Plano Salte, que abrangia saúde, alimentação, transporte e energia (KALIL, 1983; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Para Teixeira (1982), este planejamento não incorporava os setores sociais porque, na década de 1950, imperava o pensamento de que o desenvolvimento estava associado ao fator econômico e a melhoria das condições de vida seria consequência deste.

Também, na Bahia, são detectadas mudanças na forma de elaboração das políticas públicas com a incorporação de estudos para revelar a situação econômica e de saúde no estado, além de modificações na organização administrativa da

secretaria da Saúde, expressadas nas iniciativas de regionalização, porque se intensificava uma expansão econômica para o interior (KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983).

No governo de Octávio Mangabeira (10.4.1947 a 07.04.1951,) modifica-se a divisão do espaço territorial para o setor saúde<sup>17</sup>, através do Decreto nº 134, de 17 de dezembro de 1948, que criou oito distritos sanitários (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1984; ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973). Tavares (2001) chama a atenção para a elevação do preço do cacau no mercado internacional e reporta-se à descoberta de novos campos de petróleo no estado. Entretanto, o governador, ao tomar posse, constata a pobreza da população e a escassez de recursos nos cofres públicos, o que chamou de “enigma baiano” (aspas do autor), indicando um economista para estudar a situação e propor um plano de desenvolvimento para a Bahia.

Esse processo direcionado para superar as dificuldades encontradas pode ter facilitado a expansão da rede de postos de saúde, além de ampliar o leque das atividades de saúde, o que demandou instâncias regionais para acompanhar seu funcionamento.

Batalha (2008) refere que, no governo Luiz Régis Pereira Pacheco (07.04.1951 a 7.4.1955), houve a construção de dezoito postos de saúde em vários municípios, possivelmente para acompanhar o aumento da divisão do território do estado em municípios, o que vai se intensificar no início da década de 1960. Também nesta gestão separam-se os setores da Saúde e da Educação, criando-se uma Secretaria da Saúde e Assistência Social. No governo de Antonio Balbino de Carvalho Filho (07.04.1955 a 07.04.1959), foram construídos Centros Sociais que ofertavam consultas médicas e também a Maternidade Tsyla Balbino, todos em Salvador. Também, são criados mais 12 municípios no Estado (BAHIA, 1996).

Destaco que a separação administrativa das áreas da saúde e da educação significou o setor da educação passar a operar junto com a cultura e o setor saúde com a assistência social. A construção de Centros Sociais, com oferta de assistência

---

<sup>17</sup> A partir deste ponto, assumo que a descentralização abarca fenômenos como a desconcentração de recursos e atividades entre órgãos governamentais e que na Bahia se expressou sobre forma de regionalização, que refere a delegação de responsabilidades e tarefas do órgão central da saúde a organismos regionais, sem que haja deslocamento de poder decisório. Assim os termos regionalização e desconcentração são usados com a mesma definição. Esta decisão está pautada na revisão sobre descentralização feita por ocasião da minha dissertação de Mestrado (MOLESINI, 1999). Por outro lado, tomando como base o estudo de Guimarães (1983) quando a regionalização no estado assumir alguma outra característica de descentralização apontada pela autora no seu estudo, será dado o destaque necessário.

médica, pode ser decorrente de uma proposta nacional, apontada por Sader (1983) como indutora da implantação destes centros como promotores do desenvolvimento comunitário, oferecendo no mesmo espaço ações de educação, trabalho, saúde, cultura, assistência social, etc.

Outro aspecto a ser considerado é que, ainda no governo de Antônio Balbino, vão se desenvolver estudos para subsidiar as decisões do executivo estadual, possibilitando a origem do planejamento em saúde no estado. Kalil (1983), ao localizar os primórdios da assunção desta prática pelo governo estadual, identifica este início associado aos estudos do economista Rômulo Almeida, que a convite do governador passa a assumir a elaboração de um plano de ação para a gestão estadual.

Este economista coordena uma equipe composta por representantes de todas as áreas do governo e elabora um “*planejamento inter-administrativo integrado*” (KALIL, 1983, p.31 - destaque da autora) tido como inovador no País, aos moldes do que aponta Teixeira (1982) como uma nova orientação das instituições internacionais nos fins dos anos 1950, em especial a Cepal. Esta organização sustentava que a melhora do quadro de saúde da população elevaria a produtividade e conseqüentemente o desenvolvimento econômico e, para tanto, deveria partir-se de um planejamento econômico e social.

Kalil (1983), também, conclui que surge na Bahia uma ideologia de planejamento independente da esfera federal. A mesma autora refere que no primeiro momento do plano estadual, a Saúde estava resumida apenas em algumas ações para a defesa sanitária animal, situação modificada após a criação da Comissão de Planejamento Econômico (CPE), em 1955, e a elaboração dos primeiros estudos sobre saúde e desenvolvimento. A partir deste marco institucional, identifica a origem do planejamento na área de saúde na Bahia. Por outro lado, a criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), em 1959, foi um instrumento chave para institucionalizar a prática de planejamento. Este órgão assumiu patrocinar cursos de preparação de planejadores e assessoria técnica aos estados. Isto, para Teixeira (1982), fortaleceu os executivos e os grupos técnicos das burocracias estatais.

No âmbito nacional, ao tempo em que vai se consolidando o Sistema de Saúde Pública, no Sistema Previdenciário com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, a assistência médica é assegurada a todos os

trabalhadores com emprego formal, que contribuíam para o sistema com descontos sobre a folha de salários, deixando fora do Sistema Previdenciário os que não podiam contribuir, criando a situação de semi-cidadãos para alguns brasileiros (CAMPOS, 1987).

A preocupação com a manutenção da força de trabalho urbano, que sustentava a produção industrial, levou os Institutos a criar serviços terapêuticos e de reabilitação, consolidando assim a medicina previdenciária e desencadeando a expansão da assistência médico-hospitalar. Entretanto, existiam diferenças marcantes entre as categorias ocupacionais quanto à sua participação na renda, níveis de salário e condições de vida, resultando que a ampliação do número de segurados não foi acompanhada por maior aporte financeiro ao Sistema Previdenciário (DONNANGELO, 1975; TEIXEIRA, 2006).

Por outro lado, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar, basicamente de natureza privada, iniciando a formação de empresas médicas (DONNANGELO, 1975; MENDES, 1993).

O deslocamento do capital agrário para o setor industrial e a política de substituição das importações, gerada pela Primeira Guerra Mundial, resultam no desenvolvimento de grandes pólos industriais. Estes eram representados principalmente pelo eixo Rio de Janeiro/São Paulo, favorecidos pelo modelo econômico centrado no tripé do capital estatal, nacional e capital internacional, determinando o aumento da ocupação no setor industrial. Como consequência, verifica-se nas décadas de 1950 e 1960 o maior êxodo da população rural e dos pequenos municípios para os grandes pólos industriais. Entretanto, amplia-se um modelo econômico que propicia concentração de renda e grandes desigualdades entre trabalhadores (MENDES, 1993; MORAES, 2003).

Por outro lado, os direitos sociais começam a ser discutidos, ganhando força com o advento da concepção do Estado de Bem-Estar Social, ressoando na América Latina com debates sobre as estratégias de superar o subdesenvolvimento. No início dos anos 1960, toma fôlego o argumento de que gastos em setores sociais levariam ao desenvolvimento econômico. O Estado deveria implantar programas para estes setores, como investimento no desenvolvimento econômico dos países. Entre os setores, o da saúde é considerado como essencial (TEIXEIRA, 1982).

Na Bahia, no governo de Juracy Montenegro Magalhães (7.4.1959 a

7.4.1963), elabora-se o Plano de Desenvolvimento da Bahia (Plandeb). Este Plano insere a saúde como parte integrante do planejamento global no estado, definindo ações para o saneamento, hospitais regionais e para suprir a ausência de médicos no interior (TAVARES, 2001; KALIL, 1983). Outro aspecto que chama a atenção nesta gestão é a intensidade com que se amplia a divisão do território estadual em municípios, com a criação de trinta e dois num primeiro momento, seguido de mais noventa e oito (BAHIA, 1996).

Em relação ao setor da saúde, o planejamento indica um deslocamento de ações para o interior do estado, configurando uma desconcentração destes serviços. Por outro lado, já se observava a convivência do pensamento higienista com a assistência médica curativa, através da construção de hospitais regionais e a busca em suprir a ausência de médicos, indicando a ampliação da assistência individual.

No Brasil, a política desenvolvimentista propicia a expansão da atividade econômica para o interior (MORAES, 2003), fenômeno acompanhado pelo Sistema de Saúde Pública, que conduz a expansão da sua rede de serviços e ações com um movimento inverso de centralização das decisões e forte indução de iniciativas para formação de pessoal, em especial de técnicos de nível superior. Na perspectiva de que os serviços de saúde deveriam se organizar a partir do planejamento, este passa a ser o conteúdo central para capacitação do quadro de servidores nas instituições estatais (TEIXEIRA, 1982).

Um marco para assunção do planejamento em saúde, como instrumento de formulação das políticas do setor, foi a realização da Reunião de Ministros de Saúde em Punta del Este, em 1963, onde o uso do planejamento como instrumento racionalizador de recursos foi destaque. Como consequência, os ministérios, inclusive o do Brasil, indicam profissionais para treinamento em técnicas específicas para a saúde. Nestes treinamentos é utilizado o método de planejamento CENDES/OPS, tendo o pressuposto de que a soma dos planejamentos locais deveria confluir num planejamento nacional (TEIXEIRA, 1982, KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983). Estas autoras chamam a atenção para o estabelecimento de um processo de formação de intelectuais que passam a reproduzir o discurso racional, facilitando o movimento modernizador nas burocracias de saúde no interior das instituições, tendo como uma das fundamentações uma suposta neutralidade política. Outro aspecto a ser considerado é o uso de uma técnica pautada em

planejamento ascendente, incoerente com a crescente centralização das decisões, intensificada após o golpe militar.

Para Teixeira (1982), este modo de formular a política para a saúde tem consonância com um discurso de alguns intelectuais, que compreendiam o uso do planejamento como uma necessidade do Estado ante a expansão do Sistema de Saúde Pública, assumindo a descentralização como um dos seus pilares. Tais aspirações são discutidas em 1963, quando se realiza a 3ª Conferência Nacional de Saúde, onde a municipalização da saúde é o tema de destaque, discussão interrompida com o golpe militar de 1964 (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994; SILVEIRA, 2006; PAIM, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA; 2008).

Noronha e Lecovitz (1994) apontam para a formação, em todo o País, de planejadores e gestores de serviços de saúde na lógica do sanitarismo campanhista. Estes são os formuladores do planejamento autoritário em saúde (Paim, 2002), consoante com a estrutura administrativa do aparelho estatal, fortemente centralizado, tecnoburocrático e corporativo. Segundo Luz (1991), estes profissionais vão atuar como foco de resistência aos processos de mudanças na saúde no final da década de 1980. Este assunto será retomado ao final deste item.

### 3.3 O REGIME MILITAR (1964 – 1985)

No cenário internacional os movimentos socialistas em toda a América Latina, principalmente após a Revolução Cubana, em 1959, alerta o mundo capitalista quanto à disseminação das idéias socialistas. Por outro lado, os acordos estabelecidos após a Segunda Guerra, influenciados pela rivalidade entre Estados Unidos e União Soviética, começam a ruir, aumentando esta bipolarização marcada por uma corrida armamentista. Na América Latina, com forte influência do governo americano, as idéias desenvolvimentistas estabelecem uma política baseada na segurança nacional, dando suporte a vários golpes militares, inclusive no Brasil (MORAES, 2003).

Em março de 1964, inicia-se no País o período da Ditadura Militar, que dura até o começo de 1985. Instala-se um governo que, aliado aos mecanismos da repressão social, promove um crescimento econômico intenso, centrado na concentração de renda e com grande empobrecimento da classe trabalhadora (MORAES, 2003).

O governo militar faz reformas administrativas no setor saúde e, principalmente, no setor previdenciário. Essas transformações reforçam o financiamento do setor privado com recursos públicos, pois não priorizavam o atendimento à Saúde Pública, além de centralizar todas as decisões do setor na esfera federal (DONNANGELO, 1975; ESCOREL, 2008). Desta forma, evoluem os sistemas públicos de saúde centralizados, concentrando recursos na rede privada e excluindo a participação dos usuários na sua gestão (ABRASCO, 1985). Por outro lado, promoveu-se uma centralização dos recursos com uma reforma do aparelho do Estado, situação que inviabiliza ainda mais a autonomia das instâncias subnacionais, que passam a depender das transferências da União (ESCOREL, 2008). Para Noronha e Levcovitz (1994, p.77) “[...] os estados passam a funcionar como agentes meramente complementares do poder central, sem nenhuma capacidade de iniciativa”.

Uma das transformações no setor previdenciário foi a unificação dos IAP, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mantendo a lógica de compra de serviços já instalada no setor privado, amplia-se a predominância deste na assistência à saúde, que estimula uma prática tecnicista do ato médico. Esta situação propicia a absorção desregulada de tecnologia e medicamentos em contraponto com o sistema de Saúde Pública, destinado ao controle de doenças epidêmicas ou endêmicas, com uma frágil estrutura de unidades de saúde (federal, estadual e municipal) destinadas à população colocada à margem do mercado formal do trabalho, denominada população de “indigentes” (TEIXEIRA, 2007; CAMPOS, 2007; SILVEIRA, 2006; LUZ, 2007).

O Ministério da Saúde, como órgão que aglutina toda normatização e execução do Sistema de Saúde Pública, tem reduzido o aporte de recursos financeiros por não fazer parte do modelo econômico desenvolvido pelo governo militar (ESCOREL, 2008). Entretanto, acompanha as orientações de órgãos internacionais que atuam como indutores das práticas de planejamento na América Latina, objetivando subsidiar o desenvolvimento sócio-econômico desta região. Entre os anos de 1965 e 1970, todos os ministérios, inclusive o da Saúde, passaram a ter sua unidade de planejamento funcionando. Pautada na busca de eficiência através da racionalidade de recursos, esta prática ganha força como instrumento racionalizador no governo autoritário (GUIMARÃES, 2000; PAIM, 2002).

A Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social da Bahia segue atuando

como braço do sistema de Saúde Pública, desde quando os órgãos estaduais no estado não tinham qualquer ligação com o sistema previdenciário, o que perdurou até meados da década de 1980. Após sua criação, em 1951, a Secretaria foi se reorganizando através de decretos do executivo e, mesmo sem base legal, constituiu uma estrutura de três Departamentos: de Saúde, da Criança e do Serviço Assistencial Prioritário (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973). Estes autores se reportam a um documento de 1965 que avalia a estrutura administrativa do órgão da saúde no estado da Bahia e a descreve como composta de departamentos funcionando de maneira autônoma, com funções normativas e executivas acompanhadas através de escritórios localizados na capital, resultando em superposição de ações e de mando nas unidades de saúde.

Mas as diretrizes do governo central eram de modernização, impondo uma racionalidade administrativa (SCOREL, 2008), para qual o planejamento se colocava como ferramenta privilegiada. Na Região Nordeste a expressão desta atuação do governo central se processa através da Sudene, operada por sua Divisão de Saúde, estimulando a utilização do planejamento nas instituições estatais. A Sudene, atuando com o apoio da OMS/OPAS, promove cursos sobre metodologia de planejamento em saúde durante cinco anos consecutivos, a partir de 1965. Por outro lado, efetuou gastos nos estados nordestinos e fez com que as suas secretarias criassem as assessorias de planejamento. Estas assessorias assumiam diretamente, ou através de convênio com outras instituições, o treinamento de pessoal para assessoramento aos programas de saúde e saneamento. Estes programas se tornam a forma de atuação para a ampliação do Sistema de Saúde nesta região (TEIXEIRA, 1982, KALIL, 1983).

Retornando ao estado da Bahia, em 1963 elege-se como governador Antônio Lomanto Júnior (7.4.1963 a 7.4.1967), ex-prefeito de uma cidade do interior e umas das lideranças nacionais do movimento municipalista<sup>18</sup>, que preconizava a reforma na Constituição Federal de 1946 para atribuir maiores recursos e responsabilidades aos municípios (BATALHA, 2008). Segundo Kalil (1983), nesta gestão elabora-se um Plano de Desenvolvimento para o estado, incluindo o setor saúde.

Faz-se, também, a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, através da Lei nº. 2321, de 11 de abril de 1966. A Secretaria de Saúde Pública e Assistência

---

<sup>18</sup> Aqui não se refere ao Movimento Municipalista de Saúde. Pare este assunto ver GOULART, 1995.

Social é dividida em duas, uma denominada de Secretaria da Saúde Pública (Sesap), e outra para a assistência social com o nome de Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social (Setrabes). Outra modificação foi a definição de um sistema de administração regionalizada, com o estabelecimento de vinte e uma regiões administrativas, com uma sede regional em cada, denominada Centro Executivo Regional (GUIMARÃES, 1983, ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973). Sobre esta regionalização, Guimarães (1983) destaca alguns pontos com referência ao setor saúde.

O primeiro é sobre os atos administrativos editados, dividindo o território estadual em nove regiões de saúde (Decreto nº. 19 151 de 02 de abril de 1964) e a regulamentação das funções das suas chefias, através da Portaria nº. 96, de 19 de março de 1965. A autora refere que os decretos apontam iniciativas para ordenar a regionalização da saúde na Bahia, já que os órgãos descentralizados, até então, seguiam orientação de várias divisões técnicas, todas com funções normativas e executivas, duplicando suas atividades. Assim, ao definir funções de acompanhamento da execução das ações de saúde por instâncias regionais, a saúde torna-se precursora da descentralização executiva no estado da Bahia (GUIMARÃES, 1983; ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973).

O segundo fato é que a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, de 1966, define a criação dos Centros Executivos Regionais de Saúde, que inicialmente deveria acompanhar a nova divisão territorial da administração geral, mas por dificuldades operacionais foram implantados como centros macro-regionais. Estes, apesar de gerar expectativas quanto à regionalização com autonomia das instâncias regionais, não significou um movimento de descentralização. Guimarães (1983, p.86), ao examinar o regimento da nova estrutura da secretaria estadual da Saúde, conclui que há indicação de uma desconcentração das atividades técnicas e que “[...] os centros não passariam de órgãos executores de ações repassadas pelo nível central”.

Para administrar os hospitais estaduais, a mesma lei cria a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia (BAHIA, 1966). Esta iniciativa é coerente com a ampliação da rede hospitalar estadual, como também a escolha da sua gestão, através de uma fundação, indica uma consonância com a proposta desenvolvimentista do governo da ditadura militar, que previa a modernização da administração pública, como reza o Decreto Lei nº. 200, de 25/02/1967 (BRASIL,

1967). Este decreto permitiu a criação de fundações estatais na perspectiva de profissionalizar a administração pública, principalmente suas funções gerenciais.

Ainda na perspectiva da modernização, a Lei nº. 2321 dispunha sobre a estruturação de um sistema para programar e acompanhar os recursos geridos pelo governo estadual. Deste modo, uma Assessoria Geral de Programação e Orçamento passou a funcionar de forma sistêmica, coordenando as assessorias das secretarias. Aqui identifico a atuação da Sudene como veículo de indução para o uso do planejamento como instrumento capaz de dar racionalidade as políticas públicas e, para tanto, “estimulava” os estados com aporte a criar espaços dentro da sua estrutura para executar esta prática.

Na Sesap foi implantada a Assessoria Setorial de Programação e Orçamento (ASPO). Para viabilizar a diretriz nacional do uso de planejamento como indutor de uma racionalidade administrativa, desencadeia-se no País um processo de formação através de cursos ministrados pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) apoiados pela Sudene e OPAS, viabilizando a presença na gestão estadual da saúde de um grupo de técnicos capacitados para exercer a função de planejadores (TEIXEIRA, 1982, KALIL, 1983; PAIM, 2002, NUNES, 2007).

Assim, o estado da Bahia vai consolidando sua burocracia na área da saúde. Entretanto, vale lembrar que autores como Nunes (1997), ao estudar a burocracia do governo brasileiro, identifica como uma das suas características o patrimonialismo, o patriarcalismo e o clientelismo, também presentes na Bahia (DANTAS NETO, 2003), o que limita sobremaneira que as ações planejadas tornem-se ação efetiva na ponta do sistema, isto é no serviços de saúde.

No governo de Luiz Viana Filho (7.4.1967 a 15.3.1971), na área da saúde a ASPO utilizava a técnica de planejamento CENDES/OPAS, ampliando o diagnóstico de saúde para todo estado. Ainda neste governo, de acordo com a Lei nº 2.904, de 15 de fevereiro de 1971, definiu-se o novo Código Sanitário, que recomenda a descentralização das ações de saúde através dos Centros Executivos (KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983). É, também, durante esta gestão que a Lei nº 2.783, de 23 de janeiro de 1970, cria o Conselho de Saúde do Estado, do qual não encontramos registro do seu funcionamento (BULCÃO; OLIVEIRA; NERY, 1973).

No órgão estadual da saúde, nova modificação acontece no primeiro governo de Antonio Carlos Peixoto de Magalhães (1971 a 1975). Em maio de 1973, através da Lei n. 3.104, este modifica a estrutura da Sesap, que passa a ser denominada de

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e comportar, além das regionais de saúde, a Fundação de Saúde do Estado da Bahia (Fuseb), resultante da junção das três fundações existentes: Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, Fundação Otávio Mangabeira e Fundação Gonçalo Muniz. A nova Fundação era um órgão da administração indireta, responsável pelo gerenciamento das unidades de prestação de serviços de saúde, modelo que conferia maior flexibilidade administrativa. Em 1981, a Fuseb foi transformada em autarquia, com o nome de Instituto da Saúde do Estado da Bahia (Iseb) (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; NERY, 1982).

Com esta organização administrativa, o setor saúde estadual fica com duas estruturas: a Sesab, com função de planejamento, processamento de dados, elaboração orçamentária e o acompanhamento dos gastos; e a Fuseb, com função de gerenciar o funcionamento dos serviços de saúde. Chamo a atenção sobre dois pontos: o primeiro, em relação à criação do Centro de Treinamento (Cetre), vinculado a estrutura da Fuseb, que, para Teixeira (1982), indicava o desenvolvimento da formação de recursos humanos de maneira contínua e adequada às necessidades e com propostas de integração docente-assistencial; o segundo, destacado por Kalil (1983), era o fato de o secretário da Saúde também acumular a função de presidente da Fuseb.

A regionalização do estado foi revisada, resultando no estabelecimento de 17 regiões administrativas, nas quais se implantaram as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) (BAHIA, 1973). Estas, além de serem da estrutura da Sesab, também estavam subordinadas à Fuseb, que acompanhava a execução das ações, principalmente da rede básica, e dos programas oriundos do MS. O controle global da execução destes programas dava-se através da Coordenação de Saúde (Cosau), órgão técnico da Fuseb, que mantinha equipe técnica específica para cada programa (GUIMARÃES, 1983). As áreas de abrangência das Dires passaram por sucessivas modificações, resultando, em março de 1987, em 29 regiões de saúde (BAHIA, 1999).

Destaca-se que a descentralização não passava de uma regionalização administrativa, sem descentralizar o poder político entre as esferas de governo. Tratava-se de subdividir o território para facilitar a administração do conjunto da rede de serviços estaduais (GUIMARÃES, 1983).

No panorama internacional, a crise do petróleo, nos primeiros anos da década de 1970, impõe um forte impacto na economia mundial. No Brasil, esta se reflete na

queda nas exportações, desencadeando uma série de problemas internos, aprofundando o problema de financiamento do Sistema de Saúde, principalmente do Sistema Previdenciário. A ditadura militar tem reduzida sua legitimidade frente ao agravamento da crise econômica, o que exigiu novas medidas para abrir canais de representação dos seus interesses. A resposta veio através de implementação de políticas para amenizar a pobreza e a expansão da cobertura previdenciária (SCOREL, 2008).

Com o fracasso do milagre brasileiro e a derrota nas eleições com crescimento de eleitos oriundos do MDB, o governo federal muda suas estratégias de desenvolvimento social em busca de legitimidade para o exercício da sua hegemonia, como também começa a promover uma abertura controlada do regime militar (MORAES, 2003). O governo Ernesto Geisel (1974 a 1979) assume um discurso de investimento no social, conforme o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), face aos impasses econômicos e políticos do regime. Estabelecem-se novas estratégias de planejamento social e, no caso do setor saúde, emergem as políticas racionalizantes (PAIM 1984; SCOREL, 2008).

O Sistema de Saúde Pública, relegado nas iniciativas governamentais até a década de 1970, passa a ser modificado por propostas do próprio governo federal (TEIXEIRA, 1982; SADER, 1983). Num quadro de concentração de renda, centralização político-administrativa, dependência de capital externo e exclusão social emergiram soluções para a crise do setor saúde, aproveitando-se dos pressupostos da Medicina Comunitária (MC)<sup>19</sup>.

Os princípios da MC foram incorporados pelo discurso oficial, sobretudo após a 5ª CNS, em 1975. Nesta Conferência discutiu-se como organizar o setor saúde de forma sistêmica, recomendando-se a criação do Sistema Nacional de Saúde (OLIVEIRA, 2007), embora também tenham sido pautas de discussão o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Programa de controle das grandes Endemias e a Extensão das ações de Saúde as Populações rurais. Todos estes programas foram formulados de forma centralizada pelo MS e pela Seplan e implementados com ações verticalizadas, tendo as instâncias estatais nos estados e municípios como participantes na execução dos programas (SADER, 1983).

---

<sup>19</sup> Sobre Medicina Comunitária ver Paim, 2002; 2006.

Registram-se iniciativas de formação de pessoal para responder ao contexto pós 5ª CNS que demandava por planejamento social, formulação de programas com incorporação de um elevado grau de racionalidade no planejamento, além de administrar e supervisionar serviços de saúde operados por pessoal auxiliar. Cria-se, em 1975, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) sob os auspícios do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde, com colaboração da OPAS, tendo como objetivo capacitar pessoal para a administração e a supervisão das atividades desenvolvidas na rede básica (TEIXEIRA, 1982; NUNES, 2007).

Em um contexto de recessão econômica e expansão da cobertura de serviços de saúde, vão se operando reformas jurídico-administrativas adequadas às políticas de governo. Ainda em 1975, com a Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) instituiu o Sistema Nacional de Saúde. Este, embora tivesse a perspectiva de compatibilizar as dicotomias entre o setor público e privado, entre a saúde coletiva e a assistência previdenciária, mantém um espaço privilegiado ações de saúde individual e curativa. Legitima o que já ocorria na prática, definindo como atribuição do MS a formulação de política, a coordenação do sistema e a execução de ações de alcance coletivo e de vigilância epidemiológica e sanitária; ao Ministério da Previdência Social cabia a execução das ações médico-hospitalar individual para os segurados da Previdência Social. Aos estados foram atribuídas funções difusas e direcionadas para os serviços básicos de saúde e aos municípios atribuições de serviço de pronto socorro (TEIXEIRA, 2007; LUZ, 2007).

Por outro lado, a partir de 1976, o MS assume o referencial da medicina comunitária através dos Programas de Extensão de Cobertura de Ações Básicas (PECs), direcionados para a população das zonas rurais. Estes propunham mudanças na estruturação de serviços de saúde de saúde, com perspectivas de um novo modelo de prestação de serviços e participação da comunidade além, de segundo Escorel (2008), servirem de difusão dos programas verticais já existentes.

A Medicina Comunitária foi trazida aos estados do Nordeste, no segundo semestre de 1976, através de duas propostas: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) do MS e os Projetos de Desenvolvimento Integrado (PDRI) da Seplan, Ministério do Interior/Sudene/POLONORDESTE (SADER, 1983).

Neste período, a Bahia era governada pelo médico Roberto Figueira Santos (15.3.1975 a 15.3.1979). No seu governo, elaborou-se um Plano de Governo Geral, contendo na sua programação referência à assistência à saúde através de ações simplificadas e à participação da comunidade como meios de viabilizar financeiramente o atendimento à população (KALIL, 1983). Isso sugere a incorporação dos princípios da medicina comunitária na rede de serviços de saúde do estado. Entretanto, só em 1976 o secretário da Saúde é chamado pelo MS para discutir o Piass no Nordeste (SADER, 1983; KALIL, 1983).

Com referência aos programas baseados nos princípios da Saúde Comunitária, foram implementados oito deles na Bahia (SADER, 1983). Segundo a citada autora, a operacionalização dos programas se organizou em dois movimentos: um gerido pela secretaria da saúde estadual, através de programas de extensão de cobertura com ampliação da rede de serviço social, de saúde e de saneamento; e o outro sob encargo da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Liga Brasileira de Assistência (LBA).

Cinco dos projetos assumidos pelos órgãos federais, UFBA e LBA, ficaram sob coordenação dos órgãos de planejamento federal ou Sudene e foram implementados entre julho de 1975 e setembro de 1977. Esses projetos tiveram suas ações direcionadas para desenvolver mudanças no comportamento da população, estimulando a participação comunitária e absorção de novos hábitos relacionados ao processo saúde-doença (SADER, 1983).

Os três projetos assumidos pela Sesab visavam a dar suporte ao desenvolvimento econômico, garantindo a produção agrária da região e a fixação do homem no campo. A operacionalização dos projetos previa a integração com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Ematerba), com a Secretaria da Educação e prefeituras municipais, o que não aconteceu na prática.

Em relação ao Piass, o convênio foi assinado em janeiro de 1977, tendo como base um projeto elaborado pelo Inamps e pela Fuseb. Entretanto, os recursos financeiros só foram recebidos em setembro de 1979. Com este programa registra-se uma expansão da rede de saúde com a construção de postos e centros. As ações de saneamento foram restritas e a participação da comunidade restringiu-se ao controle de alguns sistemas de abastecimento de água (SADER, 1983).

Entretanto, as fontes consultadas (TEIXEIRA, 1982; KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983; COSTA, 1983; SADER, 1983) são unânimes em registrar, que,

neste contexto da implementação dos PECs, operou-se uma reorganização da estrutura administrativa da Sesab, em especial no nível central, com algum reflexo nas Dires.

[...] com todas as dificuldades o Piauí e o POLONORDESTE se constituíram em mecanismos modernizadores no interior da instituição Secretaria de Saúde (Sesab) porque exigia uma estrutura mais dinâmica permitindo criar os Grupos de Coordenação e Apoio (GCA) [...] estes desenvolviam supervisão e coordenação das ações das Dires desaparecendo a estrutura de programas (SADER, 1983, p.56).

A estrutura administrativa da secretaria estadual da saúde que veio se conformando, desde sua criação, resultou na constituição de coordenações correspondente a cada programa definido pelo governo federal. Estas seguiam orientações rígidas do MS, seguindo os manuais de procedimentos e um planejamento centralizado. No caso da Bahia, também conviviam com uma divisão de funções na qual a Sesab tinha a função de elaborar as políticas de saúde e a FUSEB de executá-las. As instâncias regionais funcionavam como repassadoras das normas às unidades de assistência ou executando ações de alguns programas. Este arranjo institucional era incompatível com a lógica de organização exigida pelos PECs que, ao incorporar os princípios da MC, passa a fazer o planejamento descentralizado e muda a perspectiva da regionalização permitindo mais autonomia as Dires. Para atender a estas necessidades, criam-se, em 1978, cinco GCAs, o que para Guimarães foi (1983, p.91):

[...] uma tentativa de integrar todos os programas, envolver as Dires e desencadear uma efetiva regionalização [...],[...] com essa estrutura organizacional do nível central, o processo de descentralização parece ser mais claro, na medida em que se transferiu para um grupo de técnicos que trabalhavam numa estreita interação com o nível regional certo nível de poder técnico e em alguns momentos e situações, de poder administrativo, para atuar no sentido de agilizar e implementar as ações de saúde previstas para o nível regional.

Além de permitir uma maior relação entre as regionais e o nível central, os GCAs propiciaram dentro do nível central da Sesab a integração entre os programas de saúde, passando a substituir as coordenações específicas e fazer supervisão integrada com conteúdos e demandas dos diversos programas (GUIMARÃES, 1983).

Nos últimos anos da década de 1970, consolida-se a institucionalização das práticas de planejamento e programação na secretaria estadual e, como consequência, produz-se um aumento considerável de planos, programas e projetos. Estes, tinham finalidades diferentes: atender aos programas concebidos pelo MS, projetos específicos para captação de recursos e para firmar convênio decorrentes dos PECs (KALIL, 1983; PAIM, 2002).

A Fuseb que antes da implementação dos PECs exercia apenas a função de execução, passa a incorporar uma organização dos serviços de saúde a partir do planejamento, situação assim descrita por Kalil (1983, p.35-36):

A própria elaboração das versões estaduais do Piass e dos PDRIs já significou uma mudança desde que para esta tarefa foram designados técnicos da Fuseb, que passa a exercer as funções de planejamento ao lado da ASPO (setor da Sesab). Os PDRIs ficou com a ASPO. [...] Orientados por ministérios distintos, o Piass e os PDRIs propunham modelos diferentes para gerência dos programas e metodologias diversas para elaboração de projetos [...] e daí com as funções de: planejar, executar os planos (se referindo ao Piass sob gestão da Fuseb), integrado com as atividades das DIRES.

A autora identifica conflito interno na Sesab/Fuseb entre os técnicos responsáveis pelos PECs e os técnicos responsáveis pelos programas verticais. Os conflitos eram gerados pela forma de planejar, dado que nos PECs buscava-se o fortalecimento da regionalização que, mesmo mantendo uma característica de concentração, significava um avanço ao permitir que as Dires definissem suas metas, antes estipuladas pelo nível central. Por outro lado, a Fuseb, sem tradição de planejamento e afeita à execução dos programas verticais, é chamada a planejar a aplicação de quantias expressivas de recursos financeiros, que seus técnicos vão negociar com outras secretarias na elaboração do planejamento integrado. Surge, assim, no complexo Sesab/Fuseb, um outro “foco” de poder administrativo, exercido por um conjunto de técnicos, que antes só dispunham de poder técnico por dominar as normas dos programas verticais.

Um outro fator a destacar, com a implantação dos PECs, foi a formação de recursos humanos. Embora Sader (1983), chame a atenção para a falta de reflexão sobre que tipo de pessoal deveria trabalhar na nova estrutura da Saúde Pública, atribuindo a este fato a falta de trabalho com a comunidade, o mesmo não pode se dizer em relação ao uso das técnicas de planejamento. Teixeira (1982, p.53-54) registra ações indutoras do MS direcionadas para sustentar as novas práticas:

[...] Promoveu com o apoio da OPAS cursos sobre metodologia de planejamento em saúde para o PECs e PPA (Programa de Pronta Ação). [...] A formação de pessoal de saúde pública passa de disperso para ser objeto de um planejamento centralizado, organizado a partir de órgãos federais e se desdobra em Programas específicos ao interior das instituições estaduais de saúde. [...] Estimulo a institucionalização de “núcleos ideológicos modernizantes” (destaque da autora) conjunto de práticas encarregadas da difusão e inculcação da ideologia do planejamento e da reorganização dos serviços de saúde (se referindo ao PPREPS).

A materialização desta indução no uso do planejamento na Sesab se deu com a ampliação das ações do Cetre, que passa de executor de treinamento para agente de desenvolvimento de recursos humanos, direcionando suas ações para um planejamento da necessidade de formação do quadro de pessoal com conteúdos direcionados para os programas de extensão de cobertura. Estas atividades constituíam-se em cursos apoiados pela esfera federal e órgãos internacionais de cooperação, o que vai possibilitar a formação de intelectuais orgânicos e da utilização do planejamento como prática para garantir a racionalidade de recursos. Estas iniciativas culminaram, no ano de 1980, na transformação do Cetre em Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cendrhu), considerado um núcleo modernizante dentro da estrutura da Sesab (TEIXEIRA, 1982).

Na implantação dos PECs, principalmente entre os anos de 1976 e 1979, as fontes consultadas evidenciam modificações na setorial da saúde estadual da Bahia, como indicado por Costa (1983, p. 30), ao escrever que “[...] com implantação dos PECs surgiu espaço para os grupos técnicos começassem a discutir crítica e reflexivamente sobre a estrutura e dinâmica do trabalho na Sesab”.

Isto se deu, sobretudo, pela capacitação para induzir o uso da prática de planejamento, o que resultou na formação de técnicos lotados no nível central, que passam a se constituir em um grupo de “planejadores”. Kalil (1983); Guimarães (1983) e Sader (1983) registram a elaboração de projetos e programações com participação das Dires, ensaiando-se uma autonomia das estruturas regionais; a incorporação de uma visão crítica negando a neutralidade do planejamento; e a formação de novos sujeitos orgânicos ao projeto de modernização da burocracia estatal.

Entretanto, esta nova forma de planejar e operar a descentralização para as Dires teve uma duração fugaz. Os GCAs não foram capazes de criar um tecno-

burocracia para modificar práticas consolidadas no processo histórico de conformação da estrutura do setor saúde do governo estadual. O que permaneceu deste, durante quase três anos, foram alguns “núcleos ideológicos modernizantes”, expressão usada por Teixeira (1982) para indicar setores ou grupos de técnicos que continuam com uma visão crítica sobre os processos vigentes. Este quadro sustenta minha decisão de não considerar os PECs como programas de abertura (TESTA, 1992; 1995) capazes de iniciar um processo de modificações na atenção à saúde da população. Esta evidência está apresentada pelo conjunto de estudos realizados sobre o período (entre 1976 e 1983), fontes de dados desta pesquisa (TEIXEIRA, 1982, SADER, 1983; GUIMARÃES, 1983; COSTA, 1983).

Os outros PECs implantados na Bahia foram através da Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social (Setrabes), completamente marginal ao que ocorria na Sesab. Baseado nas propostas de Desenvolvimento Comunitário, difundida pelos órgãos de Serviço Social nos anos 1960 e da Saúde Comunitária, esta secretaria implanta 33 Centros Sociais Urbanos (CSU) e, para administrar estes, cria, em 1975, a Fundação para o Desenvolvimento de Comunidades (Fundesco). Na perspectiva do desenvolvimento da comunidade, os CSUs ofereciam desde atividades de lazer até serviços, como, por exemplo, da saúde nas áreas de: vigilância epidemiológica, controle de saúde do grupo materno infantil, educação em saúde e suplementação alimentar, imunização e aplicação de injeções (SADER, 1983).

Assume para governar o estado, pela segunda vez, Antonio Carlos Peixoto Magalhães (15.3. 1979 a 15.3.1983), que, desde o início da gestão, toma decisões administrativas impondo um retrocesso às modificações operadas tanto na estrutura da Sesab, com os GCAs, quanto nas práticas de planejamento e na regionalização.

Inicia o governo com a demissão de grande quantidade de pessoal contratado e treinado na gestão anterior para operar os PECs, eliminando um dos ganhos destes programas, que foi a ampliação da rede de assistência à saúde estadual. Promove um redirecionamento, no nível central da Sesab, resgatando a preponderância dos programas verticais do MS. Os GCAs, que tinham ganhado destaque com a incorporação nas políticas de saúde do discurso ideológico da Medicina Comunitária e ampliado suas ações, articulando-se com os programas, voltam a se constituir em um grupo específico para lidar com os PECs. Retoma-se a função dos gerentes de programas para lidar com o MS e implementar as ações

verticais induzidas pela instância federal (TEIXEIRA, 1982; KALIL, 1983; COSTA, 1983; GUIMARÃES, 1983; SADER, 1983).

Para tanto, reorganiza-se administrativamente a Sesab. A coordenação dos programas de saúde, Cosau, ganha *status* de Superintendência de Saúde (Supes) e passa a aglutinar cinco coordenações: uma para os programas de extensão de cobertura, a Coordenação de Programas Especiais (Copes), que mantiveram sua organização baseada nos CGAs; a Coordenação das Ações Básicas (Cabas); a Coordenação Hospitalar (Corhos); e a Coordenação dos Laboratórios de Saúde Pública (Corlasp). O resultado imediato foi sobre o acompanhamento dos programas de saúde e na supervisão do nível regional. Retorna a figura do gerente de programas de saúde. O poder no nível central da Sesab dividiu-se entre os grupos que asseguravam o cumprimento das normas dos programas nas unidades de saúde, tornando-se detentora do poder de executar recursos de convênio federais, e outro grupo burocrática e administrativamente direcionado para assegurar a operação dos PECs (GUIMARÃES, 1983; KALIL, 1983; SADER, 1983). Esta situação, além de gerar conflitos internos para garantir espaços de poder, principalmente administrativo, determinou uma estrutura híbrida, resultando no enfraquecimento dos GCAs, que segundo Kalil (1983) e Guimarães (1983), traduziu-se, na prática, na perda de poder técnico e administrativo, levando ao descrédito tanto no nível central como nas Dires, culminando com a dissolução destes em 1980.

A partir dos anos de 1980 e 1981, os coordenadores dos PECs voltam a ser um grupo isolado, a regionalização volta a assumir cunho de desconcentração técnico-administrativa, fortalecendo o papel centralizador da Sesab (KALIL, 1983; GUIMARÃES, 1983; COSTA, 1983).

Em 1981, processa-se uma nova reforma na estrutura da Sesab, através da Lei nº. 3982, colocando-a como coordenadora da articulação interna do subsetor público e nas relações com o setor privado. Extingue-se a Fuseb e cria-se o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (Iseb). Com este ato não houve mudança significativa no processo administrativo, mantendo-se a diferenciação entre funções normativas, assumidas pela Sesab e as executivas pelo Iseb. Por outro lado, todas estas reformas não tiveram qualquer ligação com o Sistema Previdenciário, detentor das relações com a rede privada de serviços de saúde. Este mantinha a administração dos contratos com a rede privada centralizada no Inamps e, em todos os estados,

existia uma Superintendência Regional para condução das suas ações nestes territórios.

Mesmo com a reforma, a assunção da prática de planejamento na Sesab resultou no aumento de produção de planos e projetos elaborados no nível central, com a participação das instâncias regionais apenas no repasse de informações. Este modo operativo gerou programações inadequadas, entraves burocráticos e relatórios isolados, não permitindo uma avaliação integral dos programas (KALIL, 1983).

Quanto à regionalização, pode-se afirmar que existiu aderência ao discurso inovador e racionalizador, com perspectiva de descentralização de recursos e poder para os níveis regionais e locais, além da participação da comunidade no planejamento. Neste contexto, foi revista a estrutura tanto física como organizacional da Dires, definindo-se competências de acordo com sua abrangência de atuação. Entretanto, apesar da existência de um projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde (Pross), identificam-se várias concepções sobre a mesma. Isto gera um enfretamento interno na Sesab, entre os que defendem a descentralização de atividades, de poder decisório e de autonomia regional, em contraposição com uma ação vertical e centralizadora (GUIMARÃES, 1983).

As fontes descrevem que predominava na Sesab a operação de programas verticais, e que esta desenvolvia o papel de mera executora das ações prevista pelo MS. O acompanhamento das atividades dava-se através dos gerentes de programas lotados no nível central, que controlavam os recursos financeiros e exigiam das Dires cumprir as metas estipuladas. O processo de planejamento era centralizado e, na maioria das vezes, a programação era definida no âmbito federal, como descreve Sader (1983, p.43):

Cada programa tinha sua verba específica e seu pessoal técnico próprio, gerando verdadeiros “*feudos*” (destaque da autora) de atuação. Mesmo porque os recursos financeiros variavam, de modo que alguns programas eram mais forte que outros e isto compartimentalizava mais ainda.

Um aspecto que destaco é a ampliação das atividades direcionadas para os recursos humanos, um dos pontos estratégicos para o projeto racionalizador e modernizante induzido pelo governo federal pós 1974. A partir de 1981 o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos consolida o processo de institucionalização

de práticas educativas na Sesab. Os cursos promovidos pelo MS, especialmente através do PPREPS, são oferecidos aos técnicos do nível central e em menor proporção aos de nível regional. Apesar da existência de um Programa de Recursos Humanos para a Sesab, a sua operacionalização não é uma prioridade, devido às medidas restritivas de verbas, mesmo com uma necessidade crescente de treinamento (TEIXEIRA, 1982). Analisando os impactos das ações de capacitação direcionadas para os PECs, Costa (1983, p.72) descreve:

Os resultados sugerem que tal procedimento mostrou-se eficiente, porém limitado, o que ocorreu possivelmente da forma como todo processo foi conduzido. Isto é, o repasse da proposta não implicou na participação dos agentes diretamente envolvidos, a não ser enquanto receptores das diretrizes e normas dos Programas. Com isso, apesar de se verificar um aumento de quadros técnicos, não há indicações de terem ocorrido mudanças na estrutura administrativas das Diretorias Regionais de Saúde nem tampouco na forma e no conteúdo das práticas de saúde que foram criadas, ampliadas e reproduzidas com a implantação dos PECs.

O processo político da Bahia não se desenvolveu diferente do nacional. Os grupos políticos consolidados a partir da proclamação da República são majoritariamente aderentes ao campo político de concepções liberais (ABRUCIO; SAMUELS, 1997). Entretanto, a Bahia, além de apresentar traços do comportamento nacional, associando o personalismo e o bloqueio ao meio político e institucional dos que não são oriundos das camadas sociais ditas mais altas, desenvolveu um modo de convivência política que “[...] legitimava mudanças sem perda de elos com o passado onde a desigualdade e o despotismo político, realidades que a modernização preserva e reproduz, fincam raízes” (DANTAS NETO, 2003, p.219).

Identificam-se, no estado, grupos políticos com forte liderança de cunho personalista, a exemplo do atribuído ao político Antônio Carlos Magalhães (ACM) que, com uma conduta própria na representação dos interesses e de valores políticos, deu nome ao que ficou conhecido como carlismo, inicialmente se constituindo em um grupo, mas que, segundo Dantas Neto (2003, p.229), evolui para:

[...] Uma política praticada, sob comando centralizado, por um agrupamento que atua, regional e nacionalmente, na política institucional, na administração pública e em interfaces de ambas com o mundo do mercado para respaldar os movimentos do seu chefe,

enquanto ator de “grande política”, no bloco de forças dominantes na política brasileira, ligadas à afirmação da ordem social competitiva.

Assim, a Sesab se mantém estagnada, ao tempo em que, no cenário nacional, vão se operando modificações importantes. Com o Pias, verifica-se a incorporação das propostas progressistas pautadas na Medicina Social e no pensamento dos sanitaristas da corrente desenvolvimentista no sistema de saúde no plano federal. Isto permite a entrada de técnicos desta corrente no aparelho de Estado, principalmente na esfera federal. Ao adquirir abrangência nacional, o programa permitiu a aproximação de segmentos interessados no fortalecimento da presença do Estado na prestação de serviços de saúde (FELIPE, 2007; PAIM, 2007; ESCOREL, 2008).

O modelo econômico implementado na década de 1970, baseado no investimento do Estado e do capital privado, financiado pelo crédito externo, encontra grande dificuldade na sua sustentação. Instala-se uma crise do modelo econômico brasileiro, tendo como pano de fundo a crise do Estado, com forte repercussão na Previdência Social. Esta não conseguia administrar um sistema de assistência centrado em ações curativas, completamente dependente da compra de serviços no setor privado, sem critérios estabelecidos e com custos crescentes, ações descoordenadas e sem controle (MENDES, 1993; MEDEIROS, 2001; PAIM, 2003; MACARANI, 2005; TEIXEIRA, 2007; NASCIMENTO, 2007).

A crise econômica e financeira da Previdência Social obriga a formulação de propostas para mudanças no sistema de saúde. Uma delas se constituiu na criação de um projeto de reformulação da assistência à saúde, o PREV-SAÚDE, que tinha entre seus objetivos a universalização da atenção e a articulação entre o MPAS, o MS e as secretarias da saúde. Sobre este projeto não houve acordo político para sua implantação (MENDES 1993;1996; NUNES, 2007; PAIM, 2008).

As dificuldades financeiras e as pressões por negociações pelos atores presentes na arena política do País (ESCOREL, 2008) levaram à modificação na área político-institucional do Sistema Previdenciário com a criação, em 1981, do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Este tinha como finalidade propor normas para prestação da assistência previdenciária, adequadas a uma época de crise. O Conasp, para responder a crise econômica, elabora o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência

Social, no qual a definição da normatização das ações de assistência à saúde passou do Ministério da Saúde para o Inamps. Este Plano, aprovado em 1982, propõe a reversão gradual do modelo médico assistencial por uma reorganização regionalizada e hierarquizada, baseada em convênios trilaterais entre MPAS, MS e secretarias estaduais da saúde (MENDES, 1993; ESCOREL, 2008).

Na proposta de reorientação da assistência à saúde do Conasp, uma das iniciativas foi a criação do programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), posteriormente denominada de estratégia (POSSAS, 1986). Entre 1983 e 1985 foi efetivado em vários estados um processo de adesão dos municípios às AIS, com um total de cento e trinta (130) adesões iniciais.

### 3.4 A NOVA REPÚBLICA/REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS

Embora se registre uma mobilização popular intensa no País, com a população nas ruas pedindo a volta da democracia através da eleição por sufrágio universal, o Congresso nega esta possibilidade, resultando numa eleição indireta para presidente da república através do Colégio Eleitoral. Num processo conturbado de alianças partidárias, em 15 de janeiro de 1985 elege-se, por ampla maioria, para presidir o País, Tancredo de Almeida Neves, candidato que representava a Aliança Democrática<sup>20</sup>. No entanto, este morre antes de tomar posse, assumindo seu vice-presidente José (Ribamar Ferreira de Araújo Costa) Sarney (MORAES, 2003).

Na saúde, a partir de 1985 uma portaria do MS promoveu uma expansão considerável da cobertura das AIS que, em 1987, chegou a contemplar dois mil e quinhentos (2.500) municípios, abrangendo 70% da população brasileira (MENDES, 1993; NORONHA; LEVCOVITZ, 1994; SILVEIRA, 2006). A Bahia foi o último estado a aderir às AIS, em janeiro de 1985 (TEIXEIRA et al, 1989).

O aprofundamento sobre as AIS foge do escopo deste estudo. Serão discutidos alguns dados do contexto da sua implementação e suas repercussões na estrutura do sistema de saúde da Bahia. Busquei identificar como se deu a implementação de novos processos político-administrativos; a formação de quadros técnicos; e as novas práticas de gestão. Assim, sustento minha opção de considerar

---

<sup>20</sup> Ver Mores (2003)

as AIS como um programa de abertura (TESTA, 1992; 1995) para implantação da Reforma Sanitária na Bahia, através da Sesab.

Os documentos elaborados por especialistas e intelectuais para discussão dos participantes da 8ª CNS e os resultados das discussões consolidadas nos seus anais (PAIM, 1987; PINTO, 1987; POSSAS, 1987; CORDONI, 1987; MENDES, 1987), além de outras publicações como, por exemplo, Luz, (2007); Nascimento, (2007); Noronha; Levcovitz, (1994); e Paim, (1986) que discutem ou avaliam as AIS, apontando suas potencialidades e obstáculos.

Paim (1986) e Mendes (1986) reconhecem as AIS como uma estratégia com potencialidade para sustentar as mudanças no financiamento e na coordenação e articulação das esferas de governo, apoiando os avanços no setor saúde.

Isto era possível porque, do ponto de vista gerencial, as AIS buscava fortalecer uma gestão colegiada ao propor a criação de comissões<sup>21</sup> em cada esfera de governo, responsáveis pelo desencadeamento de um processo de integração programática entre as instituições públicas de saúde. Outro ponto a ser destacado, é a aproximação dos usuários com a gestão dos serviços, já que estes participavam das instâncias colegiadas como atores representantes das demandas da população, em conjunto com representantes de gestores e profissionais de saúde das três esferas de governo (MENDES, 1993; FELIPE, 2007; LUZ, 2007).

Alguns autores (SILVEIRA, 2006; ESCOREL, 2008; NORONHA; LEVCOVITZ, 1994) reconhecem como avanços o financiamento das AIS diretamente pelo Inamps, o que permitiu ampliar a relação da esfera federal com estados e municípios, como também o aporte de recursos destinados às esferas subnacionais, através do estabelecimento de convênios, apontando para a viabilidade de articulação e integração entre as redes estatais de serviços de saúde. Outro ponto de destaque foi a expansão da capacidade instalada da rede pública de serviços.

Entretanto, a implementação das AIS enfrentou obstáculos em todo País, com algumas diferenças entre os estados. A não assunção das AIS, como uma política de governo pelos diversos órgãos federais envolvidos, provocou variações no incentivo e na relação entre os estados e municípios, a depender das mudanças da gestão dos órgãos de saúde no âmbito federal ou nas suas representações

---

<sup>21</sup> Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), na esfera federal; das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS); Comissões Regionais de Saúde (Cris); Comissões Intermunicipais de Saúde (Cims) e Comissões Locais de Saúde (Clis) nas instâncias estadual, regional, municipal e local respectivamente.

estaduais. Isto dificultou a integração entre as instituições públicas no âmbito local, agravado pela pressão dos interesses privados e a não garantia de canais efetivos de participação popular na gestão do sistema (POSSAS, 1987; CORDONI, 1987; ENTREVISTA, 1986).

Por outro lado, a ampliação da rede pública de serviços, principalmente ambulatorial e básica; a pouca efetividade do instrumento de programação (POI)<sup>22</sup> para garantir o acesso da população à outros níveis de atendimento; a diminuição de recursos financeiros para a saúde das instâncias subnacionais, com a entrada dos recursos federais, resultaram na baixa capacidade resolutiva dos serviços estaduais e municipais. Esta situação, além de não diminuir a dicotomia entre as ações preventivas e curativas, ampliou suas ações para a população mais carente, que não tinha poder de vocalização e capacidade de pressionar o sistema de saúde para a solução de seus problemas. Entretanto, pode-se considerar que foi dado um passo na integração da rede ambulatorial estatal de propriedade das três esferas de governo, além de colocar dois atores importantes, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) na discussão da agenda da saúde do Brasil em um momento de redemocratização (ENTREVISTA, 1986; POSSAS 1987; SILVEIRA, 2006; ESCOREL, 2008; NORONHA; LEVCOVITZ,1994).

A operacionalização das AIS, como estratégia conjunta do Inamps e do MS, cada uma dessas instituições com sua cultura organizacional e interesses, provocou tensão nas relações entre os técnicos e dirigentes das mesmas. Registram-se algumas inflexões políticas no processo, inclusive com o afastamento do Mpas/Inamps, da tese de unificação dos sistemas Previdenciário e de Saúde Pública, culminando com fatos como a recusa do MS em participar da elaboração da POI para o ano de 1987 (FLORES, 1991).

O governador João Durval Carneiro (15.03.1983 a 1987), assume o governo da Bahia em 1983, mas só a partir de março de 1985, impulsionado pela mudança de governo no âmbito nacional, ocorreu a implantação das AIS no estado. No início abrangia a Região Metropolitana de Salvador e, posteriormente, foi ampliada para vários municípios do estado. Em outubro de 1985, são assinados Termos de Adesão com sessenta municípios, e mais onze em 1986, de modo que, ao encerrar o

---

<sup>22</sup> Programação e Orçamentação Integrada (POI) - tratava-se de uma programação da totalidade das instituições que atuavam em cada Unidade Federada.

governo, em março de 1987, a Bahia contava com cento e cinquenta e dois (152) municípios conveniados (TEIXEIRA et al, 1989).

Utilizando o estudo de Flores, (1991) e publicação de Paim (2002), apresento a seguir dados da implementação desta estratégia no estado da Bahia, localizando a participação da Sesab até março de 1987.

Na possibilidade de propiciar decisões colegiadas instalou-se no estado a CIS/BA, vinte e duas Cris e 41 Cims (POI/87). Sobre o funcionamento da CIS/BA, este se deu de forma intermitente, sem presença contínua dos componentes em reuniões, resultando em tomada de decisões sem a participação de todos. A Sesab teve uma atuação restrita, apesar de ter o papel formal de coordenadora da Comissão. Ressalta-se a manutenção de decisões importantes para o funcionamento do sistema de saúde estadual, principalmente sobre financiamento, na Superintendência Estadual do Inamps. Na perspectiva de valorização das instâncias colegiadas, foi inserida na POI/1986 uma proposta de capacitação gerencial, que não chegou a se efetivar (FLORES, 1991).

Com referência à potencialidade de articulação institucional para gestão do Sistema de Saúde no estado, verifica-se o isolamento da Sesab e a falta de apoio político para a implantação da estratégia na Bahia. Por outro lado, os órgãos federais (Inamps, Sucam, Fsesp, Delegacia Federal de Saúde e UFBA) demonstravam ser favoráveis à mudança, no caso de alguns deles, pelo menos no discurso. Isto porque estes órgãos estavam representados nas assinaturas dos pactos formais. Entretanto, verificou-se a repartição da estrutura do Inamps, permanecendo partes significativas sob o comando da Superintendência Regional no estado, que matinha o monopólio na relação com o setor privado, por ser detentor da maior parcela do financiamento e cujo Diretor era representante do MPAS na CIS/BA. Quanto aos representantes do MS (Delegacia Federal de Saúde, Fsesp e Sucam), seus dirigentes atuaram como agentes de diferentes tendências políticas partidárias dentro do governo estadual, defendendo interesses específicos (FLORES, 1991). Assim, manteve-se a multiplicidade gerencial entre os órgãos federais na execução das ações e administração dos serviços de saúde.

Verifica-se que, embora as AIS permitissem novos arranjos institucionais como espaço de decisão, a existência da CIS/BA e a elaboração da POI-86 como instrumento de integração programático institucional, constando os recursos de cada esfera de governo para a saúde, inclusive o destinado a compra de serviços na rede

privada, o poder administrativo (TESTA, 1992; 1995) continuou exercido pelo Inamps. Este órgão manteve o controle dos recursos financeiros a serem repassados, inclusive para a Sesab. Esta situação é descrita por Noronha; Levcovtiz (1994) como vigente em todo o País.

Quanto a criar condições para a institucionalização da participação da população na gestão do sistema, considerando a forma de funcionamento da CIS/Ba, podemos inferir que a participação popular foi tímida. Por outro lado, a adesão dos municípios na Bahia se deu apenas em 1985, iniciando pelo município de Feira de Santana.

Destaco que este município trata-se de um local onde o Governador João Durval Carneiro foi prefeito, e é uma das suas base eleitorais mais importante por se tratar da segunda cidade em população do estado da Bahia. Ao expandir para outros municípios a assinatura do convênio de adesão, esta aconteceu sem critério explícito e como parte de ato político eleitoral. Desta forma, as AIS, na Bahia, não modificaram a centralização das decisões nos governos federal e estadual.

Vale ressaltar que, no contexto das AIS, a descentralização significava basicamente o repasse de recursos financeiros para o custeio da prestação de serviços nas unidades de saúde da rede estadual e municipal. Os municípios que aderiram às AIS, na Bahia, foram escolhidos por “[...] obedecerem a critérios técnicos definidos a partir da experiência e visitas dos supervisores da Sesab e critérios políticos não explicitados” (TEIXEIRA et al, 1989, p.87).

A adesão limitada dos municípios às AIS (19,45%), na Bahia, foi um dos impedimentos para viabilizar um sistema de planejamento integrado entre as esferas públicas. A grande maioria dos municípios participantes (84,5%) não elaborou o Plano de Ação exigido e os que o fizeram contaram com o apoio do âmbito central da Sesab ou dos técnicos das Dires. Verificou-se também a manutenção de outras ações, independentemente da programação conjunta, permitindo o paralelismo das ações. Além disso, uma das maiores barreiras para o avanço das AIS era a forte presença do Inamps na relação com o setor privado, prevalecendo outros acordos em detrimento do que era planejado através do convênio. Por outro lado, a articulação programática funcional através da POI, utilizando técnicas do planejamento normativo, manteve a modalidade de compra de serviços também para a rede pública, e não superou a fragilidade político-institucional das secretarias estadual e municipais.

No plano financeiro existiu um aumento dos recursos repassados ao estado e aos municípios. Entretanto, estes operaram uma progressiva diminuição do aporte dos recursos decorrentes de receitas próprias, como também os gestores tinham uma baixa capacidade de gasto na utilização dos recursos financeiros provenientes dos convênios (FLORES, 1991).

Na integração das instâncias prestadoras de serviços, as POIs significavam uma proposta de reordenamento do setor saúde estadual, ao reconhecer a importância do perfil epidemiológico da população para reorientação do modelo assistencial, bem como a articulação das ações curativas e preventivas. Embora se identifique avanço na elaboração da proposta, o mesmo não aparece na sua operação. Por outro lado, manteve-se o paralelismo das ações, a descoordenação dos serviços e a baixa resolutividade. O aumento da rede de serviços não acompanhou o aporte de recursos para custeio, comprometendo a integralidade e a qualidade das ações e serviços produzidos (FLORES, 1991).

Por outro lado, a permanência do duplo vínculo dos profissionais, em especial dos médicos, que defendiam que a assistência deveria ser direcionada para o setor privado, gerou uma rejeição às AIS pelos trabalhadores de saúde. O fato de possibilitar a ampliação de serviços direcionada para a atenção ambulatorial e o entendimento de ser um programa de assistência médica, condicionou a manutenção da inadequação dos serviços, principalmente por não se conseguir ampliar a oferta de procedimentos de maior complexidade, o que era necessário ante o perfil epidemiológico da população (FLORES, 1991).

Quanto à preparação técnica e gerencial dos profissionais do setor público, a POI/1986 não funcionou como instrumento político-pedagógico para a capacitação gerencial para as AIS. Na POI/1987, foi inserida uma proposta de capacitação para gestão das AIS, que não foi operada.

Pode-se inferir, portanto, que a estratégia das AIS não possibilitou ao conjunto de servidores estadual e municipais se apropriarem de conhecimentos para a gestão do sistema de saúde. Como exemplo: a elaboração do planejamento integrado, a definição de parâmetros para compra de serviços na rede privada, além de toda base de dados de informação para avaliação e controle dos contratos e, como consequência, a execução dos recursos colocados na POI.

Uma das potencialidades das AIS, também, era estimular a responsabilidades das universidades na formulação e desenvolvimento de políticas de saúde para o

País. A UFBA deu sustentação política para a atuação da CIS/BA; entretanto, chama a atenção a participação apenas dos setores mais progressistas, representado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e professores de Unidades de Ensino como de Enfermagem, Odontologia etc.

Os autores consultados (FLORES, 1991; PAIM, 2002) sobre a implantação das AIS na Bahia consideram que esta significou o início de processos de deslocamentos circunstanciais no setor saúde estadual, sem contudo promover mudanças de fundo.

Entre estes processos estão:

- Ao criar a CIS/BA, estabeleceram-se as bases para negociação entre sujeitos distintos.
- A discussão e deliberação conjunta, com vista à superação da superposição de ações e descoordenação dos serviços do subsetor público.
- A secretaria técnica da CIS/BA teve suas funções definidas e contou com a participação de técnicos das várias instituições, permitindo o retorno desta vivência em suas instituições de origem.
- A transparência quanto aos recursos repassados para o sistema de saúde no estado, já que, nas POIs, estavam identificados os recursos das instituições estatais, inclusive o montante de repasse ao setor privado.
- Favoreceu o exercício da planificação no setor público de saúde, utilizando a análise da situação de saúde do estado para tomada de decisão.
- Início de uma forma de gestão dos serviços, baseada em critérios epidemiológicos, permitindo uma aproximação com os fatores que promoviam a resolutividade dos serviços básicos.
- Aumento de recursos repassados pelo Inamps para o setor público, possibilitando inclusive a recuperação e ampliação da rede pública.
- A presença da UFBA possibilitou a introdução de conteúdo e visão crítica no treinamento de técnicos, ainda que restrito aos envolvidos diretamente na “gestão central”, não atingindo os que exerciam atividades assistenciais na rede de serviços.
- Articulação entre técnicos das diversas instituições participantes das AIS e o movimento sanitário na Bahia.

Ante o exposto, argumento que as AIS, ao se tornarem um programa estratégico no setor saúde, criaram viabilidade para a implantação da Reforma Sanitária. Na Bahia, embora reconhecendo a participação da Sesab (formalmente a coordenadora do sistema estadual) como limitada, verificou-se o desencadeamento de novas práticas, tanto internamente à Sesab como nas relações externas com o setor saúde, o que me fez considerar, neste estudo, as AIS como um programa de abertura (TESTA, 1993; 1995) que criou condições para a instalação de um programa de avanço pela gestão estadual da saúde, iniciada em março de 1987.

Tomando a perspectiva defendida por Testa (1992) da existência de determinações histórica que explicam a estrutura de uma organização/instituição, no caso da Sesab sua estrutura materializava as determinações sociais, políticas e econômicas presentes no processo histórico que conformou o sistema de Saúde Pública no Brasil.

Em março de 1987, quando inicia o período onde vou aprofundar minha análise, a Sesab tinha uma estrutura composta de:

- A própria estrutura da Sesab, organização responsável pela formulação da política de saúde do governo estadual, pelo planejamento, vigilância sanitária e informações de saúde.
- Bahiafarma, empresa pública de administração, descentralizada da Sesab, produtora de medicamentos.
- Instituto de Saúde do Estado da Bahia (Iseb), autarquia responsável pela administração da rede de serviços de saúde e pela execução das ações de saúde através das 27 Diretorias Regionais de Saúde. Estas tinham ligação hierárquica diretamente ao secretário da Saúde.

Quanto ao funcionamento da rede de assistência, a Sesab coordenava predominantemente as ações básicas, pautadas num saber do sanitarismo campanhista e operadas através de programas verticais. Na área hospitalar, embora contassem com uma Fundação, a administração se restringia a uma pequena rede, se considerada a presença da rede privada, que vendia seus serviços através de convênios federais.

Por outro lado, desde a criação da Sesab, esta sofreu a indução do âmbito federal tanto na definição da organização administrativa quanto na capacitação do quadro de servidores. Esta atuação se intensifica na medida em que foi criado no

governo federal um ministério específico para a saúde. Neste processo, evidências apontam para a existência de um poder técnico (TESTA, 1992, 1995) direcionado para o cumprimento das normas do Ministério da Saúde. Este órgão divulgava suas ações através de manuais de normas e procedimentos de uma série de programas, distribuídos para todo Brasil. Para implementar as ações destes conteúdos, além de repasses de recursos, era realizada uma série de cursos e capacitação abrangendo todo pessoal da rede própria, além da estadual e municipal.

Formou-se, então, uma rede de subordinação ao MS para garantia da execução dos programas. Para cada programa existia um gerente ou um técnico “referência” no nível central, detentor de conhecimento profundo sobre as normas e com vínculo direto com a equipe ministerial da coordenação do “seu” programa. Este técnico se responsabilizava pelo acompanhamento através das Dires – que contava com uma equipe de “supervisores” que faziam o controle da execução das normas de forma desconcentrada.

Constituíam-se também um poder administrativo nas relações internas, pelo fato de os coordenadores dos programas deterem o conhecimento das condições para liberar recursos específicos. Por outro lado, dominavam a técnica de elaborar os planos e os programas, requisitos para captar recursos federais ou até de outros órgãos como OPAS, Unicef etc. As unidades de saúde também dividiam a equipe de médicos, enfermeiras e auxiliares por programas, exercendo ações restritamente sobre o que definia os manuais.

Com esta forma de executar as ações de saúde do sistema de Saúde Pública, sob os auspícios do MS, que exercia uma atuação centralizada e vertical, coube às secretarias estaduais um poder político restrito, mesmo se detentora da maioria dos serviços de atenção básica. Por outro lado, a assistência hospitalar, assumida pelo Sistema Previdenciário, através de contrato na rede privada, manteve as secretarias estaduais e municipais totalmente à margem dos graves problemas que afetam a população trabalhadora em todo País.

Sobre a atuação das instâncias subnacionais, nos anos 1980, em especial as estaduais, autores com Noronha; Levcovitz (1994) e Possas (1987) apontam para um enfraquecimento político-institucional das secretarias estaduais propiciado pelo esvaziamento econômico, levando, no caso da saúde, a uma incapacidade para enfrentar os problemas básicos de saúde da população.

Na Bahia, a determinação histórica da conformação da Sesab revela que se

trata de uma instituição que teve, desde sua criação, ausência de poder político tanto internamente ao governo como no sistema de saúde do estado (TESTA, 1992; 1995).

Sustento esta afirmativa baseada na distribuição do sistema de saúde dentro do estado. Registra-se a presença do setor privado em expansão com financiamento predominantemente pelos cofres públicos, atuando como prestador de serviços complementar à rede estatal. Esta, por sua vez, era composta por várias instituições, cada uma com ações e serviços de saúde, às vezes superpostas e completamente desarticuladas, como resumo nos próximos parágrafos.

Na Bahia, o sistema estadual de saúde se constituía no Inamps que assumia a assistência à clientela previdenciária, através de uma rede com vinte e sete Postos de Assistência Médica e três hospitais administrados pela superintendência estadual. Este, também, era responsável pelas relações de compra de serviços de saúde no setor privado; a Fsesp, com uma rede própria de pequenos hospitais e serviços básicos, presente no interior do estado, administrada por um escritório localizado em Salvador; a Superintendência de Campanhas Sanitárias (Sucam), ligada ao MS e que mantinha uma Delegacia Federal e desenvolvia ações de controle das endemias; como estrutura do Ministério da Educação (MEC), a Universidade Federal da Bahia (UFBA), com uma rede composta de dois hospitais, e também executava programas docentes assistenciais (FLORES, 1991; POI/87).

No âmbito local, poucos municípios contavam com secretarias municipais da Saúde. Alguns nem sequer tinham rede própria de serviços, desenvolvendo ações muito restritas (POI/87). Flores (1991), ao descrever a distribuição total da rede de serviços no estado da Bahia por tipo de atendimento, chama a atenção para a predominância da rede pública (70,5%). Entretanto, esta se concentrava em unidades ambulatoriais localizadas na capital ou nos grandes municípios. Com referência à rede hospitalar, o setor privado contratado era o detentor do maior número de serviços, com 77.4% das unidades responsável por este atendimento.

Pode-se considerar que, na Bahia, a experiência das AIS pode ter sido campo de prova e preparo para a Sesab assumir a coordenação do sistema de saúde estadual, mesmo com uma inserção posterior em relação aos outros estados no processo e mesmo reconhecendo que seu papel ficou aquém do possível (FLORES, 1991).

Entretanto, as novas situações impostas na operação das AIS foram o início de um processo para a adaptabilidade institucional da Sesab ante a possibilidade de atuar como coordenadora do sistema estadual de saúde. Uma delas, foi o aprendizado com as negociações na CIS/BA e a prática política pedagógica que se estabeleceu para elaboração das POIs, exigindo uma análise da situação de saúde no estado, além de servir como exercício de aproximação ao planejamento estratégico. Estas oportunidades permitiram uma aproximação com o exercício de poder técnico, administrativo e político pelos técnicos da saúde, mesmo que isto se identifique concentradamente no âmbito central da Sesab e com pouco alcance nas Dires.

Em síntese, a secretaria estadual de saúde durante a sua conformação, estabeleceu raízes de um processo de concentração de poder no nível central, embora já tenha focos de contradições em alguns setores decorrentes da experiência com a implantação dos PECs. Com as AIS, apesar não ter feito modificação na sua estrutura de poder, iniciaram processos que a tornou permeável a mudanças. As práticas introduzidas pelas AIS permitiram a adesão de técnicos da Sesab à agenda proposta pelo movimento de Reforma Sanitária, como também produziram uma base de identidade com outros grupos sociais. A mobilização em torno do ideário da redemocratização da saúde na Bahia será tratado no próximo item.

#### 4 A CONFORMAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO NA BAHIA

Após a instalação do regime autoritário, em 1964, segue-se, em meados dos anos 1970, uma distensão que permite a discussão sobre a redemocratização do País. Por outro lado, esta abertura política possibilita à sociedade criar canais de reivindicações e questionar a política social do governo. É nesse contexto, que se articulam distintos indivíduos e organizações num movimento para promover debates e elaborar propostas para mudanças no setor saúde.

Quando opto pela utilização do conceito de movimento, faço-o sem me prender às reflexões acerca deste termo, haja vista a existência de relevantes trabalhos dedicados ao estudo da articulação para construção da Reforma Sanitária (RS) brasileira, denominado de Movimento Sanitário (SCOREL, 1998; 2008; CARVALHO, 1995; PAIM, 1997; 2007; LUZ, 2007; TEIXEIRA, 1989; 2006; 2006a; 2007; 2007a; FELIPE, 2007; MENICUCCI, 2007; OLIVEIRA, 2007a).

Estes autores identificam que a crise econômica e a luta pela redemocratização do País fortaleceram as propostas de reforma do sistema de saúde, mobilizando múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado.

Concomitante com a mobilização para redemocratizar o País, verifica-se a atuação política de diversos grupos sociais, que, dentre outros objetivos, buscavam criticar o modelo hegemônico de assistência médica vigente no Brasil. Formado, inicialmente, nas universidades e em grupos de profissionais da saúde que lutavam pela construção de um sistema de saúde com características democráticas, este movimento ganhou adesão de outros grupos sociais e de parlamentares. Nesse contexto, vai consolidando-se, em âmbito nacional, o ideário do Movimento Sanitário, base ideológica da RS. Com propostas para mudar a estrutura e a política de saúde, este movimento influenciou o conteúdo sobre o sistema de saúde incorporado na Constituição Federal de 1988 (SCOREL, 1998; 2008). Esta autora refere-se ao Movimento Sanitário como de amplitude nacional, embora com presença mais expressiva em alguns estados.

Pensar sobre a conformação do Movimento Sanitário na Bahia e desvelar as conexões que se estabeleceram no seu interior, é o desafio deste item. Nesta perspectiva, o objetivo é analisar o ambiente em que profissionais da academia, profissionais de saúde e outros setores sociais estabeleceram laços, instalaram

redes de conhecimento e formação de quadros técnico-políticos como intelectuais orgânicos à Reforma Sanitária<sup>23</sup>.

Fazer esta análise, não estava entre os objetivos iniciais deste estudo. Entretanto, a necessidade de conhecer como se conformou o Movimento Sanitário na Bahia foi se delineando à medida que esta pesquisa avançava. Servindo-me das proposições da micro-história, reduzi a escala de investigação a fim de analisar a implantação da RS na Bahia através da Sesab. Guiada pelas fontes e pela trajetória do gestor estadual de saúde, entre 15 março de 1987 e 12 maio de 1989, busquei reconstituir as arenas e os atores presentes no movimento sanitário na Bahia, para aduzir a dinâmica da aproximação e o estabelecimento de afinidade entre estes. Conseqüentemente, a presença do Movimento Sanitário no espaço do setor saúde estadual emergiu como um tema para compreender a rede de relações sociais tecida pelo movimento das pessoas e dos grupos em busca de mudanças neste setor, refletindo-se na estrutura de poder no estado e nos interesses dos diversos atores sociais.

Destarte, analiso o percurso do movimento no período antecedente ao ano de 1987, quando inicia o intitulado Governo da Mudança na Bahia, ocasião em que técnicos oriundos desse Movimento Sanitário assumiram a gestão da política de saúde. Delimito a retrospectiva, a partir da década de 1970, quando identifiquei a origem do movimento pela Reforma Sanitária na Bahia.

#### 4. 1 O INÍCIO DAS ARTICULAÇÕES DO MOVIMENTO SANITÁRIO NA BAHIA

O processo político brasileiro foi construído a partir de partidos políticos que se revezavam no poder e que representavam interesses de oligarquias ou de elites econômicas. Desde a proclamação da República, consolidam-se grupos políticos, a maioria com forte tradição de aderência às concepções políticas liberais (ABRUCIO; SAMUELS, 1997).

Na Bahia não foi diferente. Por outro lado, a forma autoritária como a liderança deste grupos conduziam o processo político no estado favoreceu a atuação da repressão militar aos grupos que faziam alguma resistência à Ditadura

---

<sup>23</sup> Algumas reformas sanitárias são identificadas no processo histórico do Brasil e analisadas por autores como Santos (1985; 1998); Hochman (1998; 2005). Neste estudo, estamos nos referindo à proposta denominada de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), colocada como um dos pontos de discussão da redemocratização do País após o regime autoritário instalado em 1964 (LUZ, 2007; OLIVEIRA, 2007a).

implantada em 1964 (ZACHARIADHES, 2009).

Em meados da década de 1970, identificam-se os sinais de enfraquecimento do regime autoritário e o avanço das forças político-sociais em prol da transição democrática brasileira. Em sintonia com a mobilização nacional, no campo da saúde expande-se a crítica sobre os fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 1993; FALEIROS, 2006; TEIXEIRA, 2007; NASCIMENTO, 2007).

Na Bahia, o restrito espaço de criação de alternativas para fazer frente à repressão da ditadura era o da oposição consentida pelo regime militar (FALEIROS, 2006; ZACHARIADHES, 2009). Para Espiñeira (2009), as alternativas referidas deram-se por duas vias: uma, através da ação partidária, com a entrada no Movimento Democrático Brasileiro (MDB) dos integrantes de partidos clandestinos de esquerda, e a outra com o desenvolvimento de ações que aglutinavam profissionais, artistas, políticos, estudantes, membros de igrejas e de representantes de organizações ou movimentos de bairros populares.

A segunda via, estimulada pelo Partido Comunista do Brasil (PC do B) constituiu-se na criação de uma entidade de utilidade pública denominada de Convênio Cultural de Profissionais Liberais (CCPL), que congregava representantes de várias associações de categorias profissionais. O objetivo do CCPL era defender causas específicas de cada uma das organizações-membro e, também, lutar pela liberdade e pela democracia. Posteriormente, a CCPL ampliou a participação para outros grupos sociais, e, em 1976, transformou-se no Trabalho Conjunto da Cidade do Salvador (TCCS), levando para os bairros da periferia a discussão e a busca de apoio em defesa de suas causas, como também o engajamento em lutas e debates nacionais (ESPIÑEIRA, 2009).

Para a análise específica do setor saúde, parto da entrevista em profundidade com Luiz Umberto<sup>24</sup> Ferraz Pinheiro, e utilizo sua trajetória até se tornar secretário da Saúde do estado da Bahia. Isto me permitiu seguir uma linha cronológica desde a década de 1970, sobre a qual não encontrei muitas fontes escritas. Baseando-me nos recursos da micro-história tentei também transitar entre o movimento nacional e na Bahia, sendo este último o foco da análise.

Ao analisar a entrevista com Luiz Umberto, percebi que os primeiros momentos de criação de espaços de discussão na Bahia situam-se nos meados de

---

<sup>24</sup> Todos os entrevistados deste estudo autorizaram o uso dos seus nomes. Na primeira apresentação, serão referidos com o nome completo e, a partir daí, aparece sublinhado, por ser esta a forma como são conhecidos.

1970, quando se intensificam as mobilizações em prol de mudanças no setor saúde do estado. Luiz Umberto é médico, na época atuava como psiquiatra e trabalhava em Salvador como professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e era militante pela reforma psiquiátrica (assim ele se denominou), porque já havia manifestações nesta direção. Luiz Umberto vai estudar em Londres e retorna em 1975.

*[...] eu fiz uma formação (Pós-Graduação) de Psiquiatria Social, que aqui não tinha essa formação na época no Brasil. E quando eu voltei foi aí que eu comecei a estruturar um programa de pesquisa chamado Programa de Saúde Mental, que corresponderia hoje à Saúde Coletiva na área da saúde mental, mas que nesse ponto a gente já queria trabalhar junto com a Medicina Social ou Saúde Coletiva, juntar tudo. E aí nesse programa eu convidei Jairnilson (Paim), que era da Preventiva (Departamento de Medicina Preventiva) para participar do programa. E este programa ficou sendo da Psiquiatria, porque eu era de lá. Mas eu passei a ficar emprestado à Preventiva. E aí começa essa fusão, quer dizer, essa passagem foi feita, a Saúde Mental com a Medicina Preventiva. [...] a gente queria fazer uma experiência aqui no Nordeste de Amaralina, onde a Preventiva já tinha um Centro de Saúde como campo de prática, que se chamou Saúde Coletiva e aí então teve dois ramos: primeiro que era uma discussão dessa relação de saúde mental e saúde no geral, e segundo nós começamos o debate, tivemos algumas oficinas [...](LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Jairnilson Silva Paim também relembra:

*[...] quando Luiz Umberto veio de Londres e queria questionar..., discutir o chamado Modelo Psiquiátrico, eu era uma pessoa que tinha uma formação em Medicina Preventiva, e tinha um conjunto de relações pessoais, sociais com as pessoas que Luiz Umberto circulava, um deles era Sebastião (Antônio) Loureiro (de Souza Silva). Eu tinha mais inclinação pra política de saúde do que Sebastião, que era da epidemiologia. Então, ainda em (19)74 pra 75 [...] ele me procura pra poder a gente discutir que alternativas poderia se fazer, por exemplo: saúde mental no Nordeste de Amaralina que era um Centro de Saúde geral. [...] Enfim, essas conversas resultaram na criação de um Programa de Saúde Mental vinculado ao Departamento de Psiquiatria. O Departamento de Psiquiatria pede formalmente ao Departamento de Medicina Preventiva que eu pudesse participar desse programa, dessa discussão. [...] nesse programa a gente começa a fazer discussões, reuniões, trabalhos publicados [...](JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Para caracterizar o processo constitutivo do Movimento Sanitário no estado, perguntei a outros atores que participaram ativamente no desenho e conteúdo construídos ao longo do tempo: quando e como se iniciou o movimento sanitário na Bahia?

Ronaldo Ribeiro Jacobina reporta-se ao papel das lutas no campo da Psiquiatria enfatizando:

*Eu me lembro que o elemento crucial é a Associação Psiquiátrica da Bahia, a pequena APB foi fantástica mesmo, e articulada com ela também o Cebes [...] esses dois grandes marcos: a Associação Psiquiátrica da Bahia, porque problematizava a saúde como um todo, e aí nela sem dúvida a liderança, a capacidade política de arregimentar, que é um grande... um agitador cultural e político que é Luiz Umberto Pinheiro [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010)*

Em outro momento da entrevista, Jacobina retoma este início complementando-o ao referir-se às lutas para a modificação da assistência à saúde na Bahia:

*[...] aí tem um processo de dentro da Universidade (UFBA), que se superpõe na Bahia. Porque o processo da Associação Psiquiátrica é um pouco anterior; eu ainda era estudante, certo? Ele é anterior; então, Luiz Umberto já tinha retomado a APB, recriado ela, porque ela existia um pouco antes, mas estava muito desativada, ele recria se não me engano, nesse período a partir de 1975. [...] quantas lutas! [...]. E nesse processo há uma luta que o mentor intelectual é uma combinação desse sujeito que age, que toma atitude, e o outro que formula com consciência, que planeja, que é Jairnilson (Paim). [...] Tem elementos suficientes pra ilustrar a você de que ela (a APB) não só pensava em Reforma Psiquiátrica, ela se posicionava pensando a Reforma Sanitária brasileira (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010)*

Jairnilson Paim relata:

*[...] eu já disse isso em outras oportunidades, aqui na Bahia, pelo menos, a Reforma Sanitária nasceu junto com a Reforma Psiquiátrica, depois houve caminhos diversos; mas, a origem foi muito, muito presente e de forma conjunta [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010)*

O próprio Luiz Umberto fala sobre este momento inicial e de suas perspectivas:

*[...] e aí a Associação (de Psiquiatria da Bahia) como era ponta de lança do movimento médico (referindo-se ao Movimento de Renovação Médica) e dos movimentos inclusive da área de saúde, nós começamos a fazer grandes debates a partir também da discussão de saúde [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Sobre a atuação de Luiz Umberto na Associação Psiquiátrica da Bahia, este relembra: “[...] eu fui escolhido, por consenso de todos os psiquiatras, para ser o presidente da Associação Psiquiátrica, para renovar a Associação Psiquiátrica, que eu assumo em 1976 [...]” (23/11/2009). A partir daí, através da APB, criam-se condições favoráveis para incorporar novos conteúdos ao debate sobre a saúde,

que vai expandindo-se para outras categorias profissionais e consolidando um ideário de luta para as modificações do sistema de saúde.

Tais movimentos de reflexão e ação política são conduzidos em duas direções. Uma delas foi a constituição de espaços para debate que contavam com a participação ampliada de pessoas da Bahia, mas de fora da área da saúde....

*[...] e aí começa a Associação Psiquiátrica fazer os debates públicos; aí nós já começamos a trazer os autores e as pessoas que já discutiam; quer dizer, as idéias que fundamentaram o conceito sobre saúde, a determinação social da doença, que era base inclusive da compreensão da estratégia de intervenção a partir da democratização da saúde [...] no debate da Associação Psiquiátrica, que naquela época não era frequentado só por psiquiatras, já era frequentado por uma certa intelectualidade, por filósofos, o pessoal da área de Comunicação Social, de Comunicação e Cultura, gente da área de Artes, interessados em geral, pessoal da saúde mental das diversas escolas. Mas, era um grupo muito amplo, quer dizer, nós tínhamos cem psiquiatras na época na Bahia inteira, tinham cem psiquiatras. Todos esses seminários nossos eram feitos com duzentas a duzentas e cinquenta pessoas. Então muita gente era gente de fora, inclusive da área da saúde, então ficou um grupo com uma presença cultural (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

...como de outros estados do País...

*[...] me lembro que uma primeira pessoa que veio aqui foi Guilherme Rodrigues da Silva, ele passou quase uma semana conosco em oficinas de trabalho, discussões, um pequeno grupo e depois nós começamos um trabalho de pesquisa em campo. [...] depois trouxemos Marilena Chauí, tinha várias pessoas, do Brasil inteiro, intelectuais de várias áreas da Economia, da Filosofia, dessa nova concepção da saúde. Aí começam os debates públicos, nós começamos os grandes debates públicos. [...] aqui veio Antônio Sérgio Arouca, acho que foi o grande debate público, o primeiro deve ter sido esse na Associação Psiquiátrica, [...] veio Cecília Donnangelo fazer debate sobre a área específica, sobre a questão da saúde, sociedade, atenção à saúde da população [...]. Em um dos debates que nós começamos a trazer muita gente de fora, Carlos Gentile (de Mello) e outros que denunciavam a assistência médica (referindo-se ao modelo) no País, pessoas que estavam já... um pessoal que estava já na formulação das idéias desse terreno que se chama saúde e sociedade e tal... (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

... como também do exterior:

*[...] também um filósofo que veio fazer um debate sobre a questão da história da psiquiatria [...], (Michel) Foucault esteve aqui na Bahia [...]. (Franco) Basaglia, nós organizamos debate com ele, ou seja, havia um corpo já de movimentação, de um certo conhecimento, de uma base da geração de um conhecimento crítico [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Em articulação com o movimento nacional, também veio a Salvador o professor italiano Giovanni Berlinguer, em novembro de 1978, para lançamento do

livro de sua autoria intitulado Medicina e Política, além de proferir conferência sobre este tema (ESCOREL, 1998).

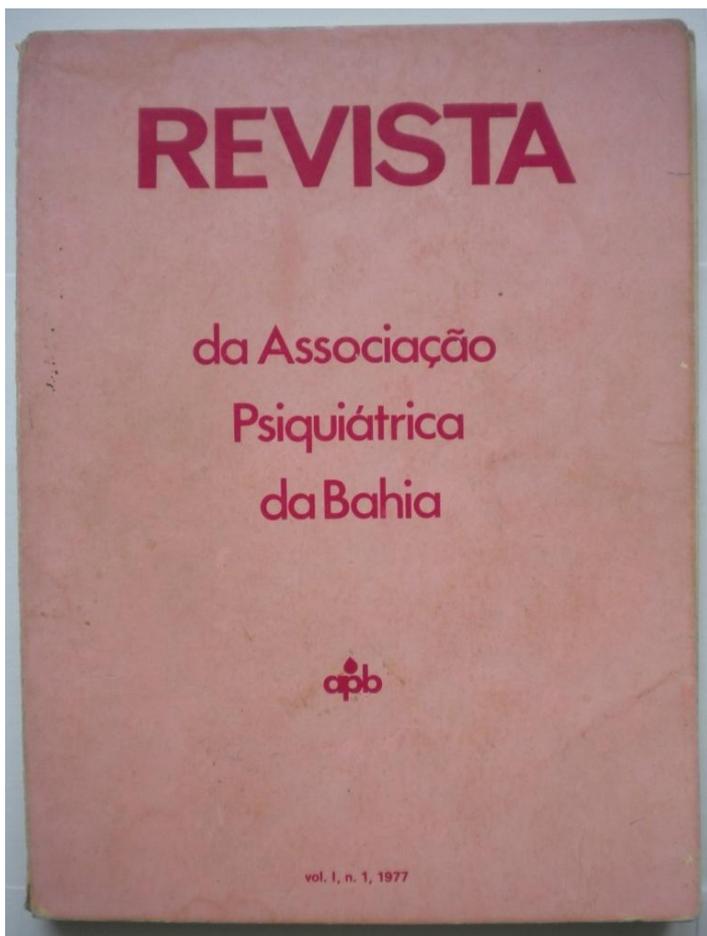
A outra direção foi a criação da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia (apb REVISTA ).

*[...] Dizem que a revista do Cebes (nacional) foi a primeira revista sem financiamento do Ministério (da Saúde). Essa Revista da Associação Psiquiátrica foi a primeira sem nenhuma propaganda de ninguém. Portanto, primeira revista médica sem propaganda da indústria farmacêutica, e a segunda questão é que ela sai, porque o Cebes tem o primeiro número em 1976, mas acontece que essa aqui também foi pensada em 76, quer dizer ela nasce junto, ela foi uma consequência da luta [...] que ela começa em 77 [...] (o primeiro volume editado, foi de julho a dezembro de 1977).*

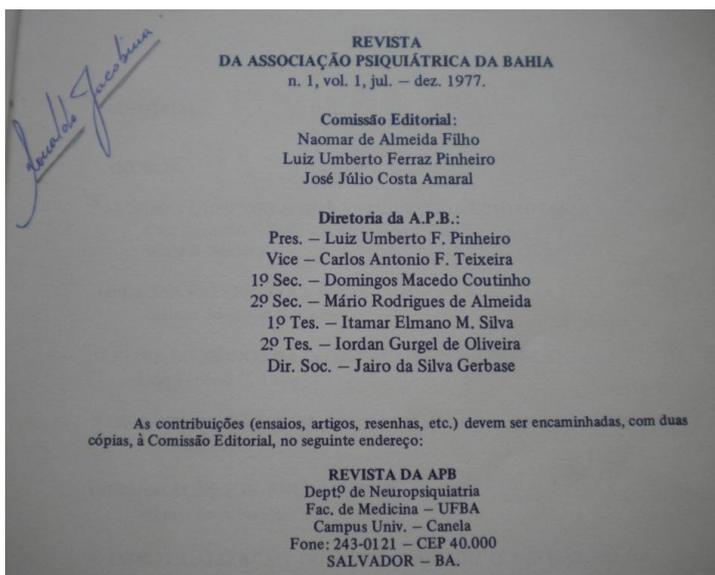
*[...] Essa revista não ficava só para a psiquiatria, nem para o pessoal de saúde mental, essa revista passou a circular no Brasil todo. Quando eu ia fazer palestra, eu sempre viajava. Eu fiz anos e anos isso, toda palestra que eu ia eu levava a revista e tal. A gente distribuía ou vendia, eu não me lembro, na época, custo barato de impressão, e é uma das primeiras revistas [...].*

*[...] Tinha um jornal que se chamava CONFLITO, da Associação Psiquiátrica, que distribuimos para além da Psiquiatria, sempre para criar nível de cultura, já de renovação de uma cultura, do pensar sobre saúde, sobre saúde mental etc. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

A análise dos veículos de divulgação citados pelos entrevistados demonstraram informações com conteúdos diversos, produzidos por diferentes autores, desde professores, sanitaristas, cientistas sociais, até aqueles profissionais do campo da psiquiatria. A apb REVISTA apesar dos artigos curtos, tem um conteúdo denso, mas de fácil leitura, percebendo-se o compromisso dos editores em divulgar idéias. Já o jornal CONFLITO, trazia escritos de fácil compreensão, direcionados para uma divulgação e apreensão dos novos conceitos e das lutas a serem travadas. Os seminários tinham seus programas divulgados nestes impressos e tinham o mesmo objetivo de estimular a discussão do conceito ampliado de saúde, analisando os seus condicionantes, o que demonstra coerência com o objetivo de ampliar o debate para além do campo da psiquiatria.



**Figura 4** - Primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia (este volume foi reeditada em 1980)



**Figura 5** - Página interna do primeiro volume da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia

No que diz respeito à apb REVISTA, o editorial do seu primeiro volume deixa claro sua inserção no debate mais geral ao explicitar: "[...] pretende ser mais uma contribuição para o questionamento amplo dos problemas concretos de saúde da população [...]" (apb REVISTA, 1977, p.7). Neste volume e nos seguintes, aparece a contribuição de estudiosos nacionais como Marilena de Souza Chauí, Madel Teresinha Luz, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Antônio Sérgio Arouca, além de outros radicados na Bahia como Jairnilson Paim. Destarte, observa-se tanto uma amplitude dos conteúdos, como também uma aproximação do debate com outros centros de estudos nacionais. Com os volumes encontrados pude verificar que a expedição desta revista aconteceu ininterruptamente entre os anos de 1977 a 1983.



**Figura 6** – Alguns volumes da Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia

Já o jornal CONFLITO, iniciado em 1978, dedica-se a apoiar ou despertar os leitores para “grandes” causas, como exemplo: a necessidade de sindicalização, focada na categoria médica, mas instigando outras categorias; o movimento da residência médica; a divulgação de novas associações; o apoio aos trabalhadores demitidos da Sesab (em 1979) etc. Assume, também, a produção de um encarte do Cebes estadual, bem como a divulgação da Revista Saúde em Debate do Cebes nacional, assunto que desenvolvo nos próximos parágrafos. Foram encontrados alguns volumes do jornal CONFLITO do ano 2000, configurado como um jornal da psiquiatria, porém incorporando a discussão sobre o Sistema Único de Saúde.

Vale destacar um ponto de entrelaçamento referido no relatório da diretoria da Associação Psiquiátrica da Bahia para os anos de 1977/1978 em um único dos seus boletins, o de 1977. Neles, cita-se a aproximação dessa associação com as discussões travadas no Convênio Cultural da Cidade do Salvador e a atuação no Trabalho Conjunto da Cidade do Salvador (CONFLITO, 1978, ANO 1, n.3).

Desta forma, um rol de ações como debates, divulgação, formação de grupos, vão delineando na Bahia um “ambiente cultural”, segundo Luiz Umberto, com uma visão crítica do processo saúde-doença e seus determinantes.

*[...] primeiro, como a gente vai falar de gênese, as coisas não começaram na Bahia de uma maneira assim formal: nós estamos fazendo, participando de um movimento da Reforma Sanitária. Começamos a fazer um movimento que foi se juntando na mesma linha, na mesma trajetória da Reforma Sanitária. [...] Segundo se a gente pega a data de 1975, eu acho que é a data onde começa a se estruturar mais como movimento na Bahia, onde perpassa algumas áreas, principalmente a área que aqui teve importância, a área da saúde mental [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Até aqui, as fontes analisadas permitem-me refletir sobre desvelamento progressivo dos contornos do objeto estudado e as continuidades que os saltos de escalas revelam. Essas fontes direcionaram a busca de argumentos para compreender como as idéias em debate se espalhavam no ambiente onde se conformou o Movimento Sanitário na Bahia.

A partir deste ponto, embora ainda acontecessem ações conjuntas entre o Movimento Sanitário e as lutas do movimento da Psiquiatria, concentro-me no Movimento Sanitário e, para tanto, reporto-me ao âmbito nacional para caracterizar o “encontro” da Bahia com o Movimento Nacional pela Reforma Sanitária brasileira.

Acompanhando a efervescência da população, que demandava a redemocratização do País, o setor de saúde também aglutina forças de amplitude

nacional, com destaque para alguns estados, como São Paulo e Rio de Janeiro (FALEIROS, 2006). Inicialmente, a aproximação da Bahia com o movimento nacional torna-se possível pela articulação propiciada por Luiz Umberto enquanto militante do movimento para renovação da assistência psiquiátrica.

*[...] pela Psiquiatria viajei o Brasil inteiro, mais pelo debate psiquiátrico. Mas nós tínhamos intensa presença nacional, e essa é a ponte que eu acho que se fez na Bahia e essa ponte portanto tá lá atrás em (19)75 [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Mas, também, pela participação de professores da UFBA nas articulações para reformulação dos conteúdos dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) (SCOREL, 1998; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005) e as presenças de intelectuais nos seminários e debates na Bahia, decorrentes da confluência entre a psiquiatria e as questões ampliadas da saúde.

Luiz Umberto é quem relembra estes primeiros momentos:

*[...] foram dois filósofos (José Romélio (Cordeiro e Aquino) e Ubirajara (Rebouças) que faziam o debate, como debatedores, como questionadores dos debates do pessoal de fora (de outros estados e do exterior). [...]. E assim nós fomos ampliando. Essa coisa, então, foi ganhando corpo, que nós já estávamos praticamente não com um grande grupo, mas estava no embrião, vamos dizer assim, [...] então a gente ia trazendo esse pessoal para aprofundar essa discussão na Bahia e não ficar tão dependente do que se sintetizava lá do Sul, do Centro Sul (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

A Bahia vai se aproximando cada vez mais do grupo de liderança nacional, embora com uma identidade própria:

*E esse movimento não vem como um apêndice, ele nasce com sua especificidade na Bahia, se articula com ele, faz parte dele, era parte dele, etc. [...], era um movimento também que aqui nascia e se articulou logicamente por identidade, e essa identidade foi forte. Nós sempre tivemos uma presença razoável no plano nacional, a Bahia é um dos lugares, fora São Paulo e no Rio, que tinha uma presença tanto no movimento nacional, como nas articulações, aí entra um papel importante de Jairnilson (Paim) e Sebastião (Loureiro) [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Forma-se, portanto, uma nova compreensão sobre o processo saúde-doença, e uma visão crítica sobre a configuração das ações e serviços de saúde no Brasil, que vai se constituir no ideário da Reforma Sanitária. Dois importantes divulgadores e interlocutores destas idéias no campo político foram: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979. Estas organizações

propiciaram encontros e debates, difundindo criticamente o resultado de estudos sobre as políticas de saúde e a situação de saúde da população brasileira (PAIM, 2007). Registra-se a ampliação de núcleos do Cebes para alguns estados, bem como um importante veículo disseminador destas idéias, representado pela revista Saúde em Debate, criada por David Capistrano e produzida pelo Cebes nacional (SCOREL, 1998; FALEIROS, 2006).

Neste contexto, também a Bahia cria seu núcleo e canal de interlocução:

*[...] aí é fundado o Cebes (núcleo da Bahia) que foi atraindo, aos poucos, gente. No Cebes, se você olhar lá, já tá o pessoal que passou pelo Mestrado em Saúde Comunitária, o pessoal que veio da Psiquiatria, tava (Ronaldo Ribeiro) Jacobina, tava Carmen (Fontes Teixeira), tava Abnoel (Leal de Souza), e outros que havia mesmo dentro da Saúde Pública (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Jairnilson Paim, primeiro diretor do núcleo local do Cebes, também relembra esta época:

*[...] Eu tenho o Cebes como marco da Reforma Sanitária. E nasce aqui na Bahia, juntamente com a retomada da discussão crítica da Psiquiatria, portanto da APB, Associação Psiquiátrica da Bahia; [...] então eu situaria dessa forma: a Reforma Sanitária nasce com a Reforma Psiquiátrica (na Bahia) e tem o Cebes nacional como referencia e o Cebes... núcleo do Cebes na Bahia, a partir de novembro de (19)76. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010)*

Vale referir aos dois setores da estrutura da UFBA: o Departamento de Medicina Preventiva e o Mestrado em Saúde Comunitária (MSC). Faço esta descrição, para melhor situar a posição dos diversos atores sociais que vão se encontrando e tecendo laços em direção ao Movimento Sanitário na Bahia.

A Reforma Universitária de 1968 permite a institucionalização dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) nas universidades públicas federais. Acompanhando a abertura política do País, estes departamentos, a partir de 1975, começam a reformular as disciplinas de higiene e saúde pública assumindo uma perspectiva ampliada do setor saúde, permeável à participação da comunidade. Entretanto, suas formulações tiveram abrangência apenas no âmbito acadêmico, mas propiciaram um espaço em que se difunde um pensamento crítico sobre o processo saúde-doença e da atenção à saúde da população (NASCIMENTO, 2007; FELIPE, 2007; SCOREL, 1998; 2008). Para Scorel (1998), inicia-se, então, um movimento, esboço que se tornará o Movimento Sanitário brasileiro, que questiona a

estrutura do sistema de saúde e propõe mudanças compatíveis com um regime democrático.

Por outro lado, registra-se a existência de programas de pós-graduação com conteúdos direcionados para a Medicina Preventiva e Medicina Social (NUNES, 2007; PAIM, 1994), que, na Bahia, recebe a denominação de Mestrado em Saúde Comunitária, onde professores do DMP, como por exemplo Jairnilson Paim, ministram aulas.

O próprio Jairnilson Paim fala sobre esse momento:

*[...] O Mestrado de Saúde Comunitária que a Fundação Rockefeller apoiava desde que foi fundado em (19)73, implantado em 74 [...] era vinculado a UFBA em geral, ao Programa de Pós-graduação da UFBA, não era nem departamentalizado naquela época, não era vinculado ao Departamento de (Medicina) Preventiva. Os professores da Preventiva (DMP), parte dos professores da Preventiva, ensinavam no Mestrado [...]. Quando chegou, na passagem de (19)77 pra 78, a coordenação do mestrado saiu das mãos de (Maria) Lucila (Milanesi) Plank e passou às mãos de Fabíola (Aguiar) Nunes. [...] Início de (19)78 [...] ela vai chamar um indivíduo chamado Henri Jouval Junior, que era um dos caras que mais entendia de educação médica no Brasil [...] para ajudá-la a mudar ou a criar ou elaborar o marco conceitual do Mestrado de Saúde Comunitária, ok! [...]. Então, a partir daí, de (19)78 o ano todo de 78, foi um conjunto de discussões no interior do Mestrado, no interior do Colegiado do Mestrado. Tinha a Eliane Azevedo, tinha o Plank (Stephen J. Plank), tinha a Lucila (Maria Lucila Milanesi Plank), tinha a Fabíola (Aguiar Nunes), tinha o Ademário (Galvão Spinola), tinha eu e Dreyer (Antonio Fernando Bermudez de Castro). Dreyer como representante dos estudantes e eu como, aspas, convidado pra discutir essas coisas. Veio Arouca, Donnangelo, coisa e tal. Nós fizemos quase um curso intensivo pro Colegiado sobre esses referenciais, que na época ninguém chamava de marxistas, acerca da Saúde Comunitária, e isto culminou no final de (19)78 com um grande seminário nacional trazendo todos os programas de Saúde Coletiva que existiam no Brasil (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

E, Jairnilson Paim, continua lembrando:

*[...] e este encontro foi chamado I Encontro Nacional de Saúde Coletiva, e desse encontro saíram duas coisas interessantes: uma, a proposta de criação da Abrasco, e dois, a reformulação radical do programa do Mestrado de Saúde Comunitária. Nessas articulações, nessa transformação a partir da mudança do marco conceitual, Luiz Umberto teve um papel importante nas discussões comigo, com Romélio Aquino etc, pra puder pensarmos uma outra forma de implementar o Mestrado [...]. Nessa turma que entra a gente teve uma seleção muito..., como eu diria, assim, com o olho na formação de quadros políticos. É a turma que entra Ligia (Maria) Vieira (da Silva), Carmen (Fontes) Teixeira, (Ronaldo Ribeiro) Jacobina, Ediná (Alves Costa), Neto (Aníbal Muniz Silvany), etc, etc, etc, ok! [...]. E uma das mudanças que ocorre é Luiz Umberto ensinar Política de Saúde (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Esta preocupação com a formação de sujeitos com visão crítica é explicitada por um dos egressos do Mestrado em Saúde Comunitária, ao se referir a esta época:

*[...] nós somos os arregimentáveis nesse processo também, então para retomada (da coordenação do Mestrado) [...] além de estar na pós-graduação retomando e recriando essa pós-graduação que esteve na mão da Fundação (Rockefeller) durante muito tempo [...], [...] fomos em (19)79 mestrandos e nisso é importante que nós vamos escrever, vamos estar nas equipes editoriais (no encarte do Cebes Bahia e da apb REVISTA), quer dizer, a gente fazia um mestrado muito militante [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Estas transformações na Bahia vão ao encontro do cenário nacional, já que a conjuntura política permite “dentro” da estrutura do Estado discussões de reformas para o setor saúde, principalmente por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, ocasião que é discutida a Lei nº 6.229 que cria o Sistema Nacional de Saúde. Nesta Conferência, amplia-se a participação nas discussões com a presença de professores dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (BRASIL, 2006), como também explicita-se no discurso oficial a adoção dos princípios da Saúde Comunitária (SADER, 1983). Recomenda-se a criação de sistemas direcionados para ações específicas, a exemplo do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), garantindo definitivamente a institucionalização das ações de vigilância no País (TEIXEIRA; RISI; COSTA, 2003). Ressalto que, para desenvolvimento destes sistemas e dos programas pautados nos conceitos estratégicos da Saúde Comunitária intensifica-se o treinamento de quadros de trabalhadores e profissionais nas instâncias subnacionais, principalmente nas secretarias estaduais da saúde (KALIL, 1983; TEIXEIRA, 1982; NUNES, 2007).

Amplia-se, portanto, as ações do Ministério da Saúde direcionadas para formação de pessoal de saúde, o que resultou no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (PAIM, 1994). Segundo Paim (1994, p.38) a atuação deste Programa junto às secretarias estaduais possibilitou “[...] a formação de intelectuais orgânicos, não somente para um projeto racionalizador, mas, também, para o movimento de democratização da saúde que se constituiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira”.

As autoras que estudaram a formação de servidores, a institucionalização do planejamento, o desenvolvimento de recursos humanos e a implantação dos PECs na Sesab (TEIXEIRA, 1982; SADER, 1983, KALIL, 1983, GUIMARÃES, 1983;

COSTA, 1983), apontam a existência de técnicos com visão crítica, que identifique se enquadrar nas características citadas no parágrafo anterior.

Nunes (2007), refere a realização de cursos de Saúde Pública para responder as necessidades criadas pela implantação do Pias e do PPREPS. Estes eram operados pelas Escolas de Saúde Pública, principalmente, de forma descentralizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), localizada no Rio de Janeiro. A Bahia foi um dos estados contemplados com estes cursos de especialização, destinados às várias categorias profissionais. Os egressos destes cursos eram designados de sanitaristas ou profissionais de saúde pública, diferentes de outros estados, a exemplo de São Paulo, onde a designação de sanitarista se restringia aos médicos e engenheiros.

Com a expansão dos cursos descentralizados para vários estados, cria-se a Associação de ex-alunos da Escola Nacional de Saúde Pública como um espaço para discussão entre estes profissionais. Segundo nota do jornal Conflito (Ano II, n.4, 1979) “O desdobramento da Associação nos diversos estados fez com que aparecessem núcleos regionais” [...]. O mesmo jornal registra a criação do núcleo baiano, em dezembro de 1978, abrangendo também o estado de Minas Gerais. Já no número seguinte, descreve uma discussão entre os profissionais da Bahia sobre a inconveniência de criar uma associação para este grupo de profissionais, uma vez que no estado existiam profissionais que não foram formados por aquela Escola. Existiam egressos dos cursos de especialização em Planejamento de Saúde e da Residência em Medicina Social, que compunham o que, na Bahia, denominavam-se sanitaristas.

Embora não seja importante para o meu estudo, fiz uma busca sobre esta Associação de ex-alunos da Escola Nacional de Saúde Pública em outros estados, e mesmo de âmbito nacional, não encontrando registros sobre sua atuação. Na Bahia, o reconhecimento dos fatores apontados no parágrafo anterior resultou na criação, em maio de 1979, da Associação dos Profissionais de Saúde Pública da Bahia (APSPBA) (CONFLITO, ANO II, N.5, 1979).

Referindo-se a esta Associação, Luiz Umberto pontua: “Aí criamos uma Associação de Saúde Pública, que teve uma duração pequena de vida, mas que teve um período atuante [...]” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009). Sobre esta Associação, que teve como primeiro presidente Flávio Valente, encontrei material de divulgação representado por dois Boletins referentes a junho 1979 e setembro de

1980, que noticiam a formalização da entidade e as lutas salariais dos servidores estaduais da saúde. Como tema de discussão, registra a realização de um Seminário intitulado “Saúde e a Questão Democrática” com participação de palestrantes de outros estados, com destaque para Antônio Sérgio Arouca, que vai se tornar um dos grandes líderes do Movimento Sanitário Nacional.

Tentei buscar mais informações sobre a APSPBA, através de entrevista com Sebastião Loureiro. Este ressaltou o enfoque das discussões sobre aspectos “mais gerais da saúde” (assim referiu), inclusive uma discussão sobre a ampliação dos associados, com inserção de pessoal de nível médio, o que foi descartado ante o receio de direcionar as ações para demandas corporativas.

No final dos anos 1970, as edições do Jornal CONFLITO e os Boletins da APSPBA registram uma movimentação para a reformulação do sindicato dos médicos no estado, acompanhando o Movimento de Renovação Médica. Este se constituiu em uma mobilização nacional da categoria médica para discutir os temas profissionais, como também as políticas de saúde no País (GERSCHMAN, 2004). Nos mesmos veículos de divulgação, se identificam iniciativas para criação de sindicatos de outras categorias de profissionais de saúde. Isto significa a convivência das discussões sobre questões trabalhistas com as dos novos conceitos do processo saúde-doença e seus determinantes.

Retornado ao contexto nacional, com as brechas criadas pela distensão política, a sociedade civil mobilizou-se e travou embates em vários planos. A Igreja Católica teve papel importante na reorganização dos movimentos sociais e o sindicalismo também se reorganizou (MORAES, 2003; GERSCHMAN, 2004; ESCOREL, 2008). As ações daquela Igreja organizavam-se através das Comunidades Eclesiais de Base, que tinham capacidade de mobilização e reivindicação, inclusive sobre temas da saúde.

Na Bahia, em meados da década de 1970, com a “abertura política” do regime militar, as iniciativas para mudanças nos setores sociais adquirem visibilidade, a exemplo do Trabalho Conjunto da Cidade do Salvador (ESPIÑEIRA, 2009).

Embora houvesse algumas mobilizações populares no estado (ZACHARIADHES, 2009), os movimentos de bairro em Salvador eram os com atuação mais intensa. Este mesmo autor chama a atenção para a existência, em Salvador, do Centro de Estudos e Ação Social (Ceas), ligado aos jesuítas, que

trabalhava em prol das lutas sociais de resistência à ditadura e das Comunidades Eclesiais de Base que mantinham aderência com o movimento popular e de bairro. Por outro lado, Espiñeira (2009) registra a utilização dos espaços da Igreja Católica para as ações do Trabalho Conjunto da Cidade do Salvador nos bairros periféricos.

Para reconstituir os primeiros momentos das articulações do trabalho político nos bairros, apoio - me na entrevista realizada com Antonia dos Santos Garcia (29/11/2010), que fala sobre o início da sua inserção: “Antes de participar dos movimentos urbanos eu fui da Juventude Católica, foi nos anos (1970) que vim pra Salvador [...]”. Após relatar alguns trabalhos na capital, continua lembrando: “Depois o Ceas me convidou. Fui pra equipe do Ceas, e a partir daí passei a fazer o trabalho de base com mulheres [...]”.

Pode-se constatar que o início do movimento dos bairros tem uma vinculação com a Igreja Católica e que tem um papel importante na estruturação das reivindicações populares (ESPIÑHEIRA, 2009). As demandas não estavam diretamente ligadas ao tema da saúde, já que estes bairros se localizam na periferia de Salvador, caracterizada pela carência de infra-estrutura de serviços público e, na maioria das vezes, com ocupação ilegal do seu território.

Assim assinala Antonia Garcia, voltando a falar de sua experiência:

*[...] na época eu era do Movimento de Bairros de Salvador e do Movimento de Mulheres da Periferia de Salvador [...] não era um planejamento, o Movimento de Bairro ia muito de acordo com as demandas das comunidades, eram múltiplas né, porque faltava tudo: saúde, educação, moradia, transportes e tantas coisas [...] (29/11/2010)*

Este relato é uma amostra do que acontecia em diversos bairros no final dos anos 1970. A partir daí, forma-se a matriz estrutural ou, pelo menos, a matriz política da participação quando, em 1977, é criada a Associação de Moradores de Plataforma (Ampla), como lembra Antônia Garcia:

*Eu fui pra o Subúrbio, morei lá vinte anos,[...] em Plataforma, no Subúrbio Ferroviário, e de lá nós fizemos esse movimento [...] e na luta na Ampla tem uma história forte na questão da luta por saúde, por serviços, que não existiam no bairro [...] porque o movimento de bairro era muito ativo né. [...] um bairro que tinha a Ampla ajudou a fundar a Fabs (Federação das Associações de Bairros de Salvador) [...], e é de lá (como Presidente da Ampla) que foi a base principal da minha participação para o Movimento da Fabs (ANTÔNIA GARCIA, 29/11/2010).*

Em 1979, surge o Movimento Contra a Carestia, que foi uma demanda da sociedade civil com grande visibilidade, somando-se às demandas gerais como

saneamento, moradia, educação etc., sem ter especificidade na área da saúde. Este movimento sustentava as mobilizações a partir das Comunidades Eclesiais de Base e dos partidos de esquerda (FALEIROS, 2006; GERSCHMAN, 2004). Os aspectos gerais das reivindicações colocados por Antonia Garcia são também descritos por Gerschman (2004), ao estudar os primórdios do Movimento Popular em Saúde no Brasil. Para esta autora, a incorporação dos temas da saúde deu-se, simultaneamente, à implementação da Medicina Comunitária e às discussões no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, apontando alternativas para os modelos assistenciais vigentes.

Ainda sobre as ligações com a Igreja Católica e os partidos de esquerda, Antonia Garcia conta:

*Eram umas pessoas muito ligadas à visão da esquerda né, e tinha coisas diversas nessa organização, tinha muita parceria com o IAB (Instituto dos Arquitetos da Bahia) pra discutirmos os problemas da cidade. O próprio Ceas [...] tinha uma característica de apoiar, de assessorar os movimentos, e com isso a gente participou da construção da idéia da Reforma Sanitária, que obviamente não tínhamos como moradores populares não é!? Quer dizer, supõem a partir dessa relação que a gente passou a discutir que a saúde preventiva era fundamental, que não bastava botar postos de saúde, que a população tinha direito a qualidade de vida que representasse a condição de vida favorável, a se ter de fato saúde. Saúde como direito, saúde numa compreensão muito ampla de bem estar social (ANTÔNIA GARCIA, 29/11/2010).*

Ao se reportar à parceria com o IAB, Antonia Garcia evidencia a presença do Trabalho Conjunto da Cidade de Salvador, já que este Instituto era “sede” do núcleo de coordenação deste movimento (ESPIÑHEIRA, 2009). Entretanto, este trabalho concentrou-se nos problemas mais gerais, embora algumas pessoas, que vão se incorporar ao movimento sanitário, façam parte deste grupo, o TCCS e o Movimento Sanitário vão se desenvolver em separado. Como afirma José Ramalho de Oliveira (08/07/2011), assistente social filiado ao Cebes desde sua criação, militante do Movimento Sanitário e também participante ativo do TCCS: “Eram duas coisas diferentes, não se juntaram”.

Existiam na Bahia, portanto, diferentes mobilizações. Apesar de lutas, às vezes diferentes, vai se formando um grupo de pessoas em torno de objetivo comum, ou seja, propor mudanças no setor saúde. Ao se referir as mobilizações do Movimento Sanitário na Bahia, Jairnilson Paim identifica vários processos:

*[...] processos institucionais, por exemplo, espaço da universidade em que essas questões eram debatidas. Processos associativos [...] varias entidades de saúde tiveram entre (19)76 e (19)86 uma militância, uma organização, isso passou pelo âmbito comunitário [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Sobre estes processos, vale destacar o período entre meados de 1976 e o final desta mesma década, anos nos quais identifico o entrelaçamento de professores universitários, entidades de profissionais de saúde e movimento de bairros, confluindo para articulação e ampliação das frentes de lutas por democratização e mudança na saúde do estado.

O exemplo da UFBA, citado por Jairnilson Paim, quando da articulação inicial entre a Psiquiatria e o Departamento de Medicina Preventiva, recebeu a adesão de professores de outras unidades referidas pelos entrevistados como as de Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Filosofia. Destaco que, ao se utilizar de maneira genérica o termo universidade, isto não quer dizer uma presença de todos os seus departamentos ou setores. Refiro-me aos professores, já que encontrei evidências apenas da presença do DMP como o aglutinador da mobilização. Os resultados deste processo foi a promoção de debates e produção de documentos com aspectos críticos e propostas para o sistema de saúde, a formação de “quadros”, além da mobilização dos bairros que começam a se estruturar num movimento popular.

Dois entrevistados, um professor e uma líder de bairro, falam destes momentos:

*Isso seria um conjunto de trabalhos que se fazia pelas associações de moradores como a Ampla de Plataforma, com Antonia Garcia, com (os bairros de) Boca do Rio, com Bom Juá, com Beira Mangue, teve um conjunto de trabalhos comunitários [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

*[...] tínhamos uma coisa importante já instalada, que é a participação da Universidade Federal da Bahia, através da Saúde Preventiva né, do Departamento de Medicina Preventiva que assessorava [...] (ANTÔNIA GARCIA, 29/11/2010).*

Sobre as entidades, Luiz Umberto se reporta assim:

*[...] mas o fato é o seguinte, aqui existia essa articulação, e essa articulação foi crescendo a partir das entidades, já envolvia ai alguns outros segmentos [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Como se percebe, em vários “pontos” no estado da Bahia iniciam-se processos de discussões sobre aspectos da atenção à saúde, paralelos ao

enfretamento da exclusão social e à mobilização para a redemocratização do País. O encontro desses indivíduos, vai acontecendo por afinidades, busca de canais para estabelecer relações, tecendo laços entre pessoas que viriam a constituir os atores do Movimento Sanitário na Bahia. Assim, no estado, consolida-se um ambiente de encontros e discussões ao tempo que, também, articula-se com o movimento nacional.

#### 4.2 A ARTICULAÇÃO DAS ENTIDADES DA BAHIA EM TORNO DO MOVIMENTO SANITÁRIO (1980 – 1987)

No início dos anos 1980, o Movimento Sanitário, no âmbito nacional, já tem identidade própria (BRASIL, 2006). O Partido Comunista Brasileiro (PCB) tem destacada participação estratégica, tanto para constituição das bases sociais de apoio e participação nas formulações de propostas, quanto na liderança do movimento (SCOREL, 1998; BRASIL, 2006; NASCIMENTO, 2007).

Na Bahia, a atuação do PCB, também, teve as mesmas características, principalmente a partir de 1980. Sobre a participação do PCB, Luiz Umberto reporta-se à eleição, em que compunha a gestão da Associação Baiana de Medicina (ABM):

*O presidente era Gerson Mascarenhas, [...] era um comunista conhecido [...]. Nós fizemos uma chapa [...] eu entrei como secretário geral, e Zilton Andrade como vice presidente, que era a chapa que ficou conhecida como a chapa dos comunistas, porque Zilton Andrade sempre foi um homem de esquerda [...] e aí nós criamos essa chapa, onde eu tinha o papel de secretário geral, no velho conceito do PCB, o secretário geral articula, faz tudo do dia a dia, articulando evidentemente com as outras pessoas [...] mas não é uma coisa que veio do partido, não tinha nada a ver com discussão do partido, nem posição. Agora nós tínhamos idéia de dentro do partido, uma compreensão da vida [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

E segue falando:

*Eu também fui membro do Partido Comunista Brasileiro [...]. O Antonio Sergio Arouca também era do PCB [...] esse foi o Partido, então, que teve essa hegemonia no processo, não que ele mandasse, ele (o Movimento Sanitário) foi suprapartidário, todos os partidos políticos podiam entrar, agora o grupo que foi assumindo tinha a ver com a história do PCB, que é uma história de absorção muito grande dos intelectuais [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Na Bahia, três pessoas são identificadas como lideranças, tanto no estado como nacionalmente, como informa Luiz Umberto: “[...] principalmente as pessoas mais ligadas na época, que eu tô falando da gênese, era eu, Jairnilson (Paim) e

Sebastião (Loureiro) [...] nós tínhamos intensa presença nacional [...]”. Dentre estas lideranças, dois eram filiados ao PCB, entretanto Jairnilson Paim deixou claro no momento da entrevista que nunca foi filiado a este partido. Um outro entrevistado que se declarou filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT) desde 1980, assim expressou este assunto:

*Havia uma matriz, inegavelmente, embora eu sempre fosse independente [...] e o pessoal era muito ligado ao Partidão (apelido do PCB), claramente Partidão [...] nós tínhamos relações cordiais, tão cordiais que o Partido controlava o Cebes e eu fui presidente no Cebes local [...] e aí explica esse papel que é, em termos de..., as ligações políticas de Luiz Umberto, era uma rede do Partidão né, sobretudo Partidão, mas era aberto, então nós tínhamos a presença de pessoas ligadas a outras correntes [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Para as articulações do Movimento Sanitário na Bahia, foi marcante a mobilização do Movimento de Renovação Médica (MRM) iniciada pelas ações de Luiz Umberto na direção APB e, posteriormente, com a gestão da ABM nos anos de 1980 e 1981. Sobre este último momento, o papel desempenhado por esta gestão é ressaltado por Ronaldo Jacobina (25/11/2010) “[...] daquela gestão famosa de Gerson Mascarenhas, uma gestão fundamental!!! [...]”. Dois componentes desta gestão relatam suas experiências:

*[...] já no final de (19)70 que nós conquistamos, eu Gerson (Mascarenhas), Zilton (Andrade) e tal, nós estruturamos o Movimento de Renovação Médica que já existia em todo País. [...] e esse movimento aqui na Bahia eu assumi também um papel de liderança e culminou a gente organizando uma chapa (para concorrer a gestão da ABM). Nós ganhamos a Associação Bahiana de Medicina, e com isso contribuiu para a briga (para ganhar as eleições contra o grupo que estava na direção) com o sindicato (dos médicos) depois, com o Cremeb (Conselho Regional de Medicina da Bahia) outras entidades foram ganhando espaço e se criou realmente aí um movimento forte. [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

E, Jairnilson Paim, complementa sobre a gestão da ABM:

*[...] Luiz Umberto vai pra ABM e na composição da chapa da ABM me incluiu, e eu aceitei ser Secretario de Assuntos Científicos e Culturais da ABM, isso em (19)79, e a gente toma posse (19)80 e 81, então praticamente toda a questão da linha política de saúde da ABM eu definia com Luiz Umberto, com Carmem (Teixeira), por exemplo, na redação dos jornais etc, (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

É a partir desta gestão, que a ABM e o Cebes/Bahia vão aglutinar alguns processos iniciados na década anterior e intensificar a politização dos debates do Movimento Sanitário no estado. Um fator determinante, foi a presença das mesmas

peças na liderança do Movimento. Estas atuavam ao mesmo tempo na academia, nas entidades e no Cebes e, também, mantinham presença de destaque na mobilização nacional. Outro aspecto marcante neste momento, é a ABM já contar com uma estrutura institucional e física, permitindo que suas dependências sejam utilizadas para produção de material gráfico, encontros, debates, reuniões etc. na medida em que novos processos eram iniciados. Além disso, promove-se a dinamização do Jornal ABMnotícias através de convênio com o Cebes, passando este a ser o principal veículo de divulgação do ideário da Reforma Sanitária e das lutas para redemocratização da saúde no País e, particularmente, no estado.

Para Escorel (1998, p.63), no final do governo de Geisel (1978), o Movimento Sanitário, já se estabelecia como tal por ter estruturado quatro elementos, como descreve: “[...] apresentou-se como um movimento propriamente dito, com órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento”. Desta forma, já com uma base de articulação, o Movimento Sanitário agrega-se a mobilizações nacionais, em especial pela democratização do País.

Também na Bahia, há vestígios desses quatro elementos referidos por Escorel (1998) desde os primeiros momentos de 1975, ano em que identifiquei os primórdios do movimento no estado, cuja estruturação consolidou-se a partir de 1980.

Começo identificando a divulgação das idéias sobre a RS e encontro no jornal ABMnotícias um veículo importante, que vai se somar a divulgação do ideário da RS já propiciada pela apb REVISTA, o jornal CONFLITO e o Boletim da APSPBA. Com este jornal, amplia-se a circulação e a difusão do Movimento da Renovação Médica (MRM), que também, expande-se para outras categorias profissionais e para as mobilizações da sociedade.

O jornal ABMnotícias, na gestão de 1980 a 1981, passa a ter publicação mensal. No seu conteúdo, encontrei divulgação dos grandes projetos e debates nacionais, estímulo à sindicalização dos médicos e outros profissionais, divulgação de todos os seminários, encontros etc. relacionados às discussões da saúde. Publica, também, textos sobre trabalhos comunitários, projetos institucionais no estado e conteúdos críticos ao modelo assistencial de saúde com propostas contra hegemonias, além de divulgar a Revista Saúde em Debate.

Esta característica do jornal da ABM de divulgar a produção teórica do que vai se constituir no ideário da Reforma Sanitária, além das lutas mais específicas dos profissionais da saúde e a ampliação para as lutas da sociedade brasileira em geral, se mantém até aos anos de 1987, período final de análise definido nesse estudo.



Figura 7 - Divulgação do Jornal Tribuna da Bahia do Congresso Médico Social

Um outro veículo de divulgação do ideário da RS foi a realização, pela ABM, do Congresso Médico Social da Bahia, em 1981 (Figura 7), seguindo-se de uma série até o quarto em 1986, final do período que analisei. Este Congresso tinha temário e participação multidisciplinar e interdisciplinar. Embora se constituísse em evento de uma associação médica, ampla o leque de profissionais chamados a participar e discutir os temas (enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, demógrafos etc.), o que é operacionalizado através da definição de programação com a colaboração de outras entidades, principalmente a Associação Brasileira de Enfermagem – seção Bahia (ABEN – BA) e a Associação de Profissionais Assistentes Social (APAS). Dentro da sua programação, incluía cursos para associações de bairros, com participação de membros do movimento sanitário que

atuavam como facilitadores para discutir temas referentes à cidadania e direitos sociais (Jornal A Tarde, 19 julho de 1986).

Quanto aos mecanismos de formação de agentes (SCOREL, 1998), identifiquei o DMP e o Mestrado em Medicina Comunitária da UFBA como espaços da academia<sup>25</sup> que dispunha de professores participantes da construção do marco teórico do Movimento e, por outro lado, assumir o papel de formador de agentes que passam a reproduzir ou colaborar no aprimoramento do ideário da Reforma Sanitária.

Estes formadores pautam-se na corrente teórica que defende o social como determinante das condições de saúde, utiliza a abordagem marxista na análise da problemática da saúde e o método histórico estrutural para explicar as situações de saúde de uma população. Por outro lado, assumem a perspectiva que os egressos dos cursos por eles ministrados devem ser sujeitos de transformação social e, portanto, atuariam como intelectuais orgânicos para a modificação do sistema de saúde defendida pelo Movimento Sanitário (PAIM, 1994; SCOREL, 1998; 2008).

Luiz Umberto fala desta perspectiva:

*[...] agrupava pessoal da Saúde Mental com a Saúde Pública, a Medicina Social, que nome que se chame, da Saúde Coletiva. [...] nascendo numa perspectiva primeiro de reencontrar com a mesma concepção lá, que era pensar a saúde agora dentro do campo maior. [...] Aí começa um grande debate sobre a reestruturação do Mestrado de Saúde Comunitária, ele agora já adotando todo um tipo de concepção que estava por dentro do debate do Movimento Sanitário (nacional). Não era nada copiado, nós também tínhamos nosso vôo, e provavelmente aí que nós começamos a formar gente, a discutir, a ter gente fazendo tese, a produção do conhecimento trabalhado com reestruturação do Mestrado de Saúde Comunitária e que nasce inclusive uma coisa nova que foi a participação dos alunos (de medicina) interessados em ingressar no Mestrado [...] e o Mestrado como eu disse numa reformulação. Depois de (19) 77 / 78 eu não me lembro a data, quando reformula ele ganha este papel forte de grande articulador e da formação de pessoal já dentro da própria visão que nós já tínhamos, desse conhecimento que nós chamamos dos determinantes sociais da doença, saúde e sociedade, que já eram conceitos marxistas (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Sobre a atuação dos egressos dos cursos do DMP e do Mestrado de Saúde Comunitária, Jairnilson Paim (01/12/2010) complementa quando questionado sobre sua expectativa: “[...] da formação de quadros... é! quadros, quadros contra hegemônicos”.

---

<sup>25</sup> Termo usado por SCOREL (1998) para se referir ao campo atuação de profissionais que se dedicam a pesquisa e docência.

Encontrei nos veículos de divulgação do Movimento Sanitário na Bahia, documentos com estudos e propostas alternativas à política de saúde vigente, visando subsidiar as discussões nos eventos patrocinados no estado, inclusive para debates com os movimentos populares. Destaco, entretanto, os documentos “A questão democrática na área de Saúde” e “Uma proposta de gestão de serviços de saúde por parte dos trabalhadores” que foram amplamente debatidos no I Simpósio Nacional de Saúde (1979). Os produtos das discussões patrocinadas pelo núcleo baiano também foi levado para divulgação na Assembléia Nacional de Delgados (realizada em junho de 1980), visando subsidiar a discussão nacional que já vinha debatendo o papel do Cebes nacional (ESCOREL, 1998).

Finalmente, o último elemento: um órgão de representação do Movimento Sanitário. Retorno a atuação do Cebes/Bahia que, segundo o jornal ABMnotícias (nº 140, 1980), foi reativado em dezembro de 1979, indicando que passou por um período menos ativo desde sua criação em 1976, provavelmente reflexo do que acontecia no Cebes – nacional. Segundo Escorel (1998), houve uma crise instalada entre final de 1978 e 1979, provocando um desaquecimento da atuação do Cebes em decorrência do envolvimento dos seus membros com o movimento sindical e de renovação das entidades dos profissionais de saúde.

Contudo, a leitura dos jornais da ABMnotícias apontou-me evidência que, o Cebes/Bahia, ao formalizar um convênio com a ABM, em 1980, imprime uma nova dinâmica na sua atuação como porta voz do Movimento Sanitário.

Jairnilson Paim assinala este momento:

*A partir daí há todo um desenvolvimento posterior com a retomada da ABM, Associação Baiana de Medicina, com a qual o Cebes também trabalhou em parceria. O Cebes/Bahia, seja na contribuição para formulação das políticas de saúde debatidas pela ABM, ou na parceria do jornal ABMnotícias [...] (01/12/2010).*

Desse modo, a partir da parceria entre a ABM e o Cebes/Bahia, reativado e fortalecido, intensifica-se a presença do Movimento Sanitário no estado, inclusive implantando representação do Cebes em Vitória da Conquista, Itabuna, Juazeiro e Feira de Santana.

Em síntese, no início da década de 1980, encontrei os elementos para, no dizer de Sara Escorel (1998), afirmar a existência de um movimento propriamente dito no estado da Bahia.

A mobilização emanada da parceria entre ABM e Cebes/BA espalhou-se em várias vertentes, passando estes órgãos a aglutinar a atuação conjunta das diversas entidades da Bahia que discutiam a volta da democracia no País e as mudanças para o setor saúde.

Esta expansão é assinalada por Luiz Umberto:

*Eu participava do Cebes, Associação de Saúde Pública, participava de tudo!! mas queríamos trazer, com a ABM, [...], a ABM que traz o grande debate aí, irradiando para as outras entidades, aí nós começamos a fazer o debate. [...] no interior, na capital, foi um irradiador da discussão de tudo que se passava, já estava crescendo e se organizando no Brasil e fundamentou a Reforma Sanitária (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

O núcleo baiano do Cebes ocupa espaço através de uma linha editorial do jornal ABMnotícias. Em maio de 1980 (no. 133), a matéria “Competição ou articulação”? debate a insinuação presente, inclusive no âmbito nacional, que a atuação deste núcleo competiria com as entidades de categorias profissionais. No texto, o Cebes ressalta sua atuação multiprofissional, e, portanto, não concorrente com trabalho de categorias específica, ao tempo que se propõe a “[...] favorecer o espaço de encontro, onde questões de estratégias específicas possam ser compatibilizadas numa linha central de avanço pela democracia da Saúde e da sociedade brasileira”.

Além disso, a matéria afirma também a posição em defender a politização do debate para construção de propostas alternativas à política de saúde vigente. Para tanto, assume a intenção de ampliar a articulação com outros movimentos sociais, destacando quatro tarefas (ABMnotícias n.º. 133):

- 1) Aprofundamento teórico-crítico das questões de Saúde no Brasil, visando ao subsidiamento de propostas a serem encaminhadas pelos grupos sociais organizados.
- 2) Trabalho no sentido de propiciar a constituição de um núcleo de investigação desvinculado das amarras institucionais, tanto universitárias como burocráticas.
- 3) Articulação com as demais entidades de saúde para divulgação e debate das questões relevantes para o encaminhamento de suas lutas políticas, e também com sindicatos, associações de bairros e grupos religiosos, com vistas à politização crescente das reivindicações que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à problemática condições de saúde da população/organização dos serviços de saúde no país.
- 4) Articulação com Partidos Políticos, cuja perspectiva acerca da questão Saúde seja a favor dos interesses da maioria dos profissionais e dos setores populares.

Quanto à primeira e à segunda tarefas na matéria “articular as posições das oposições”, o jornal ABMnotícias (no. 134, de junho 1980), ressalta o papel do Cebes/Bahia para a produção e divulgação de um saber coletivo, e portanto diferente, mas não em competição com a academia e as entidades profissionais. Chama para unificação e articulação de todas as forças nas quais se incluem profissionais, trabalhadores de saúde e setores organizados da população para redefinição da política de Saúde e, a partir daí, passa a produzir documentos para subsidiar debates.

Para historiar a terceira tarefa de articulação com outras entidades, separo a atuação do Cebes/BA em duas vertentes: uma junto às entidades de saúde e outra com os movimentos sociais.

As primeiras articulações para unificar o processo de discussões teóricas e as lutas trabalhistas, ocorreu na categoria dos médicos e, depois, ampliou-se para entidades de outras categorias de profissionais de saúde.

O Movimento de Renovação Médica ganha espaço na ABM e segue fazendo mobilização em todo estado para se fazer presente no sindicato e no Conselho Regional de Medicina. Como está atuando juntamente com o Cebes/BA, aproxima-se de entidades de outras categorias:

O representante da ABM lançou a proposta da entidade (no seminário referido a seguir) que se inicie o debate sobre a definição de uma estratégia unificada de ação política em saúde na Bahia [...] (Boletins da APSPBA no. 5 julho de 1980).

Uma ação unificada das entidades de profissionais de saúde na Bahia foi recomendação aprovada por unanimidade pelos participantes do seminário sobre “Política e Saúde”. O encontro foi promovido pela Associação de Profissionais de Saúde Pública da Bahia (APSPBA), aconteceu nos dias 19, 20 e 21 de junho de 1980 e teve também a participação da ABM, Cebes, Aben, Coren. [...] A sugestão já encontra na linha de trabalho do núcleo baiano do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (ABMnotícias. Julho 1980 no. 135).

Utilizei o jornal ABMnotícias, como principal fonte de informação sobre esta vertente de ação política, identificando as entidades citadas. Posteriormente, chequei as informações com alguns dirigentes das entidades na época estudada. Portanto, está é uma versão da história que conto sobre a qual busquei evidências para registrar atuação das entidades de saúde no Movimento Sanitário na Bahia. Entretanto, por não ser meu objeto de estudo, não fiz uma busca detalhada, o que

não me permitiu produzir uma versão de como estas atuavam em assuntos que não tratassem da RS ou de interesse específico da categoria que representavam.

Das entidades classificadas como associações na categoria dos médicos, além da ABM, identifica-se a participação Associação Bahiana de Médicos Residentes (ABMR) - representação estadual da associação nacional destes profissionais (ESCOREL, 1998).

Registra-se a presença da ABEn-BA na gestão de Rosamaria Silva Nuñez (1980–1984) e, posteriormente, de Nair Fábio da Silva (1984 a 1989), inclusive cedendo sua sede para reuniões de articulação das lutas conjuntas das entidades de saúde do estado, como no caso do projeto no. 2726/80, conhecido como projeto Kassab/Julianelli: “[...] aprovou-se a sugestão de continuarem existindo as reuniões semanais na ABEn-Ba, encaminhando outras lutas conjuntas (ABMnotícias, no. 137, 1980).

A presença das entidades de Enfermagem no Movimento Sanitário foi matéria do Jornal ABMnotícias, com o título “É preciso unificar”:

A realidade hoje exige das entidades de saúde a unificação dos movimentos. [...] A luta pelo projeto Kassab/Julianelli, foi uma demonstração inequívoca de unidade do movimento aqui na Bahia. [...] Hoje, é impossível não pensar nos elementos indicativos de uma maior mobilização e combatividade de outras entidades e profissionais na área de saúde. As de Enfermagem têm sido um exemplo mais recente (ABMnotícias, outubro 1980 no. 138).

Também, a APSPBA alia-se na produção de eventos para a discussão teórica, embora encampe as lutas dos profissionais não médicos, principalmente dos sanitaristas.

Uma outra associação referida, é a Associação de Profissionais Assistentes Sociais (APAS) que, diferentemente da ABM e da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Bahia, tem característica de uma entidade pré sindical, permanecendo como tal até 1985, quando é transformada em sindicato, elegendo Maria Leia Rocha Fagundes como presidente.

Sobre as entidades sindicais, que se incorporam ao Movimento Sanitário na Bahia, verifica-se nas categorias de médicos e enfermeiras as transformações mais precoces. Como assinala Luiz Umberto (23/11/2009), o Cebes desenvolve suas atividades em conjunto com a ABM e estimula a mobilização dos médicos para

eleger no sindicato da categoria uma chapa que representasse o MRM, ampliando essa discussão para outras categorias.

Desde os primeiros meses do ano de 1980, o jornal ABMnotícias traz matérias conclamando a categoria para reflexões sobre a prática e o trabalho médico, culminando com o lançamento em abril do mesmo ano, na sede da ABM, da chapa vitoriosa que elege como presidente do Sindicato dos Médicos da Bahia (Sindimed) Antônio do Valle Filho. A partir desta eleição este sindicato, passa a ser presença atuante nas mobilizações do Movimento Sanitário no estado.

Quanto as enfermeiras, embora haja registro de uma associação pré-sindical criada em 1959, esta teve pouco tempo de duração, e só em 1973 é criada a Associação Profissional das Enfermeiras da Bahia (APEB) com esta finalidade. Essa entidade que vai se transformar em sindicato em 1980 (site da ABEn-Ba). Ante esta nova situação, desencadeia-se um processo eleitoral para o Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB) finalizado em 27 de abril de 1981, assumindo como primeira presidente Edelita Coelho de Araújo (ABMnotícias no. 142, 1981; Jornal A Tarde 28 de abril de 1981). Esta nova entidade é acolhida pela ABEn-BA, funcionando nas suas dependências até meados dos anos 1990. Percebe-se, portanto, a articulação, que juntando ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren-Ba), vai caracterizar a forma de atuação conjunta das entidades da categoria na década, inclusive no engajamento ao Movimento Sanitário.

Ente os médicos, os adeptos ao MRM também elegem o plenário do Conselho Regional de Medicina da Bahia (Cremeb) e intensifica as mobilizações para unificação das entidades que representam a categoria, visando a potencializar suas lutas. Este tema é presente em quase todos os jornais ABMnotícias da década de 1980, período em que a Bahia viveu movimentos grevistas tanto de médicos como de todos os profissionais de saúde. Apesar das lutas específicas, esta foi mais uma entidade que se agregou aos debates para as mudanças do sistema de saúde vigente.

Sobre a mobilização das entidades e as articulações do Movimento Sanitário no estado, Jairnilson Paim (01/12/2010), expressa:

*[...] processos associativos, eu me referi nesse instante a questão da ABM, mas isso também se passou pelo Sindicato dos Enfermeiros que foi criado nessa época, comemorou agora os trinta anos do Sindicato dos Enfermeiros da Bahia, isso aconteceu também um pouco com os assistentes sociais,*

*então as varias entidades de saúde tiveram entre (19)76 e (19)86 uma militância, uma organização [...]*

Junto aos sindicatos que não representavam profissionais de saúde, também houve uma aproximação ao Movimento Sanitário. As lutas dos trabalhadores em prol dos seus direitos trabalhistas como melhores salários e condições de trabalho e pela redemocratização do País, tiveram uma grande ascensão no Brasil entre o final da década de 1970 e a década de 1980, caracterizada pela capacidade de mobilização e união dos sindicatos (ESCOREL, 2008). No bojo da lutas mais gerais, estava colocada a necessidade de ampliar as discussões sobre Saúde Ocupacional na Bahia. Estas discussões iniciaram com o seminário “Saúde e Trabalho” conduzido pelo Cebes/Bahia e ABM (ABMnotícias no. 141 janeiro de 1981).

De acordo com os depoimentos apresentados no vídeo Tijolo por Tijolo – 20 anos de saúde do trabalhador na Bahia, 1988-2008 (BAHIA, 2009), estas reivindicações correm por dentro das mobilizações pela Reforma Sanitária. A aproximação com o Movimento Sanitário resultou na institucionalização desta área na secretaria estadual da saúde, aspecto que será detalhado no próximo item. Por outro lado, as evidências da presença do Movimento Sanitário também estão expressas tanto na fala dos entrevistados como em algumas ações, como o apoio na etapa estadual, da Conferência Nacional dos trabalhadores com a realização da I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, em outubro de 1986 (ABMnotícias. 1986 no. 156).

A segunda vertente dos movimentos sociais está constituída pelas mobilizações do Movimento Sanitário junto às associações de bairros e grupos religiosos. Buscando cumprir as primeiras e segundas tarefas definidas no seu plano de ação, o Cebes/Bahia vai envidar esforços para articular-se com os movimentos sociais.

O jornal ABMnotícias, de abril de 1980, no. 132, divulga:

Além da articulação com as demais entidades na área de saúde, o Cebes-BA vem iniciando um processo de trabalho junto a sindicatos, associações de bairros e grupos religiosos, dentro da proposta de sistematizar a visão da população sobre a questão saúde e subsidiar o delineamento de plataformas de lutas pela participação democrática no processo de decisões do setor. Nesse sentido, foi elaborado o texto “Participação Social da definição das políticas de saúde”.[...] Espera-se que este trabalho possa culminar em um Encontro Popular de Saúde.

E segue noticiando “[...] a ABM e Cebes/Bahia vem participando em reuniões em alguns bairros de Salvador, organizadas pelas respectivas associações de moradores (ABMnotícias, setembro de 1980 nº137).

Antônia Garcia reporta-se, assim, a estas articulações:

*Bom, a partir deste Movimento de Bairro que nós fomos trabalhando as demandas e entre elas a de saúde, e a gente sempre discuti saúde, saneamento, porque nas condições insalubres dos bairros populares, era um horror!!!. [...] agora do ponto de vista de participar do movimento mais amplo da Reforma Sanitária, isso foi crescendo. Eu tomei (participei) a partir da formação da Fabs que tinha na sua estrutura comissões de saúde, moradia, mulher etc, é a partir da Fabs para a participação do movimento mais amplo [...] (ANTONIA GARCIA, 29/11/2010).*

Estas condições colocadas pela entrevistada, expressam os reflexos da crise social imposta pelos governos militares pós 1964, decorrentes de planos econômicos implementados. Estes, propiciaram a concentração de renda que se amplia na primeira metade da década de 1980, intensificando os movimentos populares, que reivindicavam a presença do Estado, principalmente em áreas como a da saúde (GERSCHMAN, 2004; ESCOREL, 2008; RODRIGUES NETO, 1997).

Antonia Garcia conta como esse movimento de bairros se articulava com pessoas e com o Movimento Sanitário:

*[...] e aí participamos ativamente dessas idéias (referindo-se aos conteúdos críticos para a RS) ao mesmo tempo em que reivindicava solução para os problemas locais de cada bairro articulando, discutindo, etc. Inicialmente a gente tinha essa relação de pressão em cima da Secretaria de Saúde do estado, pra responder as demandas da comunidade e ao mesmo tempo fazíamos um movimento mais amplo pra pensar a saúde, associando isso a outras questões da cidade, transporte, moradia descente, sobretudo significando em casas melhores, em bairros mais estruturados, com saneamento, com água. Porque era uma luta danada pra se ter água, uma questão tão fundamental pra você ter saúde né, sem higiene, sem condições mínimas, não há como se ter saúde, e daí a população entendia mais facilmente, isso se mobilizava e a gente fazia pressão e alguns bairros conquistaram (ANTÔNIA GARCIA, 29/11/2010).*

Observa-se que a entrevistada ao expressar que, a partir de necessidades concretas a população entendia mais facilmente, pode-se inferir o incentivo às reflexões e à formação da Consciência Sanitária na concepção formulada por Berlinger (1978), já que se buscava discutir saúde associada aos seus determinantes sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), e como as soluções para reivindicações deveriam ser entendidas como um direito individual convergente com o interesse da comunidade.

O investimento do Movimento Sanitário na Bahia para ampliar as discussões para os bairros está descrito no balanço das ações de 1980, no jornal ABMnotícias de janeiro 1981 no. 141:

A ABM junto com o Cebes iniciou um processo de articulação com as associações de bairros, prestando assessoria aos movimentos organizados que vem crescendo nos bairros populares de Salvador por melhores condições de saúde.

Já há uns seis (6) meses vem realizando um trabalho contínuo em Plataforma e, mais recentemente, no Alto do Cruzeiro e Pau da Lima. Já iniciou entendimento para assessorar mais dois outros bairros, e pretende, a partir deste ano, intensificar o trabalho. Participou de reuniões da Federação das Associações de Bairros que congrega hoje vinte e poucas entidades.

A presença de profissionais de saúde na assessoria das comunidades de bairros foi marcante para que, no bojo das reivindicações gerais, a saúde passasse de necessidade de serviços para modificações na política de saúde vigente (GERSCHMAN, 2004). Para esta autora, a implementação da Medicina Comunitária como proposta alternativa à escassez de serviços de saúde e estimulando a participação da comunidade, possibilitou o surgimento do Movimento Popular de Saúde (Mops). Sobre a atuação do movimento de bairros em Salvador, chama a atenção que, apesar do Nordeste de Amaralina ter sido o bairro onde se implantou uma experiência de Saúde Comunitária, não se apresenta como um dos bairros com maior atuação, como refere Antônia Garcia:

*[...] Uns foram menos organizados que os outros (referindo-se aos bairros). Bom Juá é um dos bairros que teve uma participação também forte no processo, entre os vários bairros que participavam da Comissão de Saúde da Fabs. (ANTÔNIA GARCIA, 29/11/2010).*

Sobre o Mops, embora na Região Sudeste este movimento tenha se conformado desde a década de 1970<sup>26</sup>, só se apresenta como movimento nacional na década de 1980, quando se consolidou através dos Encontros de Experiências de Medicina Comunitária (Enemec). Na Bahia, no período estudado, não encontramos registros de uma atuação constante. O jornal ABMnotícias, maio de 1984, nº 151 publica:

---

<sup>26</sup> Sobre o Mops ver Gerschman (2004). Esta autora faz uma revisão detalhada da conformação e das formas de atuação, desde a fase reivindicatória a transformação em um dos atores sociais atuantes nas mobilizações junto a Constituinte, finalizando com o seu desaparecimento.

VI ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE MEDICINA COMUNITÁRIA (Enemec) previsto para novembro de 1984 aqui na Bahia, com os temas Terra x Saúde e Políticas de Saúde. Aqui no estado, o Movimento Popular está em fase de articulação dos diversos trabalhos existentes no estado preparando o Encontro de novembro, e promoveu manifestações na capital e no interior no último dia 7, “DIA NACIONAL DE LUTA PELA SAÚDE”.

Segundo Gerschman (2004), este movimento tem como característica a junção de líderes religiosos, militantes de partidos de esquerda, profissionais de saúde e movimento populares de bairros periféricos nas grandes cidades. Na Bahia, identifica-se também esta junção para discussão das questões de saúde. O jornal ABMnotícias registra esta situação:

O ABMnotícias recebeu das comunidades da Paróquia de Plataforma, reunidas em 15/02(1981) em Bariri (bairro periférico), o relatório da “Concentração sobre Saúde”, quando foi amplamente discutido a texto elaborado pelo Cebes – Núcleo Salvador, intitulado “Participação Popular na Definição das Políticas de Saúde” (ABMnotícias. Janeiro 1981 no. 141).

A Pastoral da Saúde promoveu de 01 a 03/08 (1980) em Alagoinhas o seu IV Encontro Estadual, contando com representantes do trabalho de 10 dioceses, além de profissionais de saúde ligados ao Coren, ABM, APSPBA, ABEn-BA e Cebes [...] (ABMnotícias. agosto 1980 no. 136).

No balanço dos trabalhos do Cebes–Ba em 1980, o jornal traz afirmações de que estas entidades já têm compromissos assumidos para participar de encontros programados pelas organizações de base da igreja (católica) (ABMnotícias, no.141).

A partir destas ações, identifiquei evidências de que o Movimento Sanitário na Bahia amplia seu leque de discussão ao incorporar os movimentos sociais na sua agenda. Estabelece-se, portanto, uma articulação entre as entidades de saúde com os outros movimentos sociais.

Finalmente, a articulação com a via parlamentar iniciou-se no segundo semestre de 1980, através da Assembléia Legislativa, objetivando a aproximação com a classe política do estado. A forma de incluir a saúde na agenda da discussão seria a criação de uma Comissão específica, já que a existente tinha uma abrangência muito ampla por incorporar Educação, Saúde e Serviços Públicos. Esforços envidados, principalmente por Gerson Mascarenhas como presidente da ABM e Luiz Umberto, foram decisivos para o desfecho. Este intento foi conseguido em 1981, quando, atendendo a um projeto apresentado pelo deputado Domingos

Leonelli, criou-se a Comissão de Saúde e Saneamento da Assembléia Legislativa da Bahia (ABMnotícias, 1983 no. 149).

No seguimento da abertura política em 1979, é feita uma reforma partidária acabando com o bipartidarismo vigente. Convocam-se eleições para governadores e deputados nos âmbitos federal e estadual em 1982 (TAVARES, 2001; MORAES, 2003). Neste pleito, Luiz Umberto elege-se deputado estadual pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

*[...] eu fui eleito no Movimento Nacional da Renovação Médica, eu fui vice presidente da Associação Médica Brasileira e participava das discussões gerais, nossa luta já dentro da Reforma Sanitária pela redemocratização, por tudo! e nesse terreno quando eu chego a deputado eu já não era do PCB (LUIZ UMBERTO, 29/11/2009).*

Ao tomar posse, Luiz Umberto assume a Presidência da Comissão de Saúde e Saneamento da Assembléia Legislativa do Estado da Bahia. Nesta função desenvolve várias iniciativas tanto para apoiar e dar visibilidade as lutas trabalhistas dos profissionais de saúde, e denunciar as dificuldades dos serviços de saúde, como para discutir as propostas já desenhadas para uma Reforma Sanitária brasileira, ampliando o debate entre o Legislativo e a sociedade em geral (ABMnotícias. junho 1983, no. 149).

*Nesse período até (19)80/88, como deputado então o que é que eu estabeleci? Duas coisas que eu acho que tem a ver com isso: eu fui logo eleito presidente da Comissão de Saúde na Assembléia Legislativa e aqui nós fizemos alguns debate sobre política de saúde etc, (LUIZ UMBERTO, 29/11/2009).*

Jairnilson Paim, ao descrever os vários processos do Movimento Sanitário na Bahia, também se refere a via parlamentar:

*E finalmente, não menos importante, no âmbito legislativo com eleição em (19)82 de Luiz Umberto pra deputado estadual. Isso deu uma visibilidade muito grande a esse conjunto de iniciativas (do Movimento Sanitário). Ele foi o presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa; então se havia uma epidemia de diarreia infantil por rotavírus, tava Luiz Umberto debatendo, e, portanto, nós que estávamos nesse movimento também participando. Nós, eu estou falando no coletivo, bem mais amplo obviamente, se havia uma questão dos hospitais psiquiátricos para serem debatidas essa discussão ocorria. A crise da saúde! As coisas horrorosas que ocorriam no governo estadual. Isso tudo era objeto de denúncia, de debate, de entrevistas na imprensa e tal, então isso tudo até março de (19)86, quando se tem a Conferência... a Oitava, a famosa Oitava [...]* (JAIRNILSON PAIM 01/12/2010).

Motivado pelas possibilidades de aproximação com uma nova arena de negociações e pela necessidade de intensificar no Legislativo as discussões da Reforma Sanitária, Luiz Umberto propõe a criação do Parlamento da Saúde como ele descreve:

*[...] mas o que foi mais interessante, aí que culminou com algum reforço nacional foi o fato de eu ter criado o que eu chamei Parlamento Brasileiro da Saúde. Uma articulação que envolvia: todas as Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas do País, e as Comissões de Saúde da Câmara dos deputados em Brasília e do Senado. Era difícil fazer por município que eram muitos [...] Nós achávamos que a sede devia ficar na Câmara dos Deputados (federal). Eu fiz um grande encontro aqui na Bahia e nesse encontro eu propus e foi aceito. Aí eu propus nas articulações que ficasse na Câmara dos Deputados em Brasília, porque assim trazia para o centro da política, que era lá. Então já tinha sido consensuado pra eu liderar o movimento, eu ficaria na secretaria geral. Foi posto um deputado federal na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (para presidir), e eu entrei na secretaria geral e aí começou um movimento já em torno também da Reforma Sanitária. Foi o peso de articular também esse mundo do parlamento que a gente começou a articular nacionalmente. Como eu já tinha uma articulação no campo da psiquiatria nacional, já tinha na área médica nacional, e já tinha no Movimento Sanitário Nacional, e aí nessa época que eu entro para essa articulação no campo mesmo parlamentar. [...] esse parlamento teve vida curta [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Esta iniciativa de Luiz Umberto tem consonância com a perspectiva do Movimento nas articulações nacionais. Para Rodrigues Neto (1997), a estratégia de atuação diversificada em várias frentes, assumida pelo Movimento Sanitário ao se aproximar do que ele chama de “via do parlamento” (destaque do autor), significou a utilização de um espaço onde havia maior possibilidade de exposição de argumentos contrários aos encaminhamentos do governo militar pós 1964. Neste entendimento, com os Simpósios de Saúde da Câmara dos Deputados, o Parlamento passa a ser um lócus privilegiado de debate público sobre a saúde, situação que permitiu arregimentar, entre os seus integrantes, aliados para projeto da Reforma Sanitária, até a instalação Assembléia Nacional da Constituinte (1987-88).

Escorel (2008), identifica uma efervescência nas mobilizações do Movimento Sanitário no segundo semestre de 1984, que, além de encampar a luta nacional para redemocratização do País na campanha das Diretas Já!, passa a intensificar o debate sobre o projeto da Reforma Sanitária. Com a iminência de instalar-se um regime democrático e com justiça social, faz-se premente a necessidade de mobilizações com vistas a estabelecer consensos, subsidiar os programas dos partidos e colocar na agenda uma proposta contra-hegemônica para o setor saúde.

Como fruto deste trabalho, o Movimento Sanitário apóia a realização de um Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde em dezembro 1984, consegue a adesão do PMDB para inclusão do projeto da Reforma Sanitária no programa do partido, articula-se com a Aliança Democrática e assessora na elaboração das propostas de programas de saúde para o futuro governo dessa aliança (SCOREL, 2008).

Com a eleição de Tancredo Neves, em 1985, inicia-se o processo da “Transição Democrática” (destaque nosso) com participação de partidos de matizes ideológicas variadas a partir de coligações para o processo eleitoral. Nestas coligações, estão presentes partidos da esquerda que já tinham inserção, inclusive na formulação de propostas para a RS, como também parlamentares de outros partidos. Rodrigues Neto (1997, p. 68-69), descreve este mosaico na composição das propostas do próximo governo e a participação do Movimento Sanitário:

Muitos foram os grupos, instituições e entidades que elaboraram e fizeram chegar suas propostas ao futuro governo, em processo de montagem. Todavia, havia uma convergência doutrinária informada pelo Movimento Sanitário e pela idéia do Sistema Único de Saúde. Foi um momento de muitas articulações, a maioria passando pelas lideranças políticas parlamentares que tinham potencialidade de influir no processo, devendo-se destacar dois conjuntos de propostas altamente convergentes entre si, que foram o Plano da Copag (sigla da Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves), de elaboração mais técnica e a proposta do Grupo Parlamentar de Saúde do PMDB, que tinha uma clara intenção de disputar o espaço, assumindo a condução da política de saúde. No primeiro, houve a participação de vários integrantes do Movimento Sanitário, ainda que de forma mais pessoal; no segundo, a participação foi mais orgânica e articulada coletivamente, conferindo uma legitimidade indiscutível à proposta, embora as mesmas não se distinguissem em pontos essenciais.

Na condição de parlamentar, Luiz Umberto fazia a conexão destes acontecimentos com Movimento Sanitário na Bahia, conforme assinala Jairnilson Paim:

*[...] mas antes de (19)86 por exemplo, Luiz Umberto teve um papel muito importante nas articulações do governo na área da saúde: no governo Tancredo Neves, no debate das pautas e essas discussões eram trazidas pra cá, nós debatíamos coletivamente, no Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, que ocorreu na transição em 1984. Então na formação... digamos, da equipe governo na área da saúde do governo federal e na regional do Inamps aqui na Bahia. Então houve vários processos que depois chegaram a Oitava (Conferência Nacional de Saúde) e finalmente na eleição de 1986 [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010)*

O entrevistado refere-se à eleição para o governo do estado, quando se instala o Governo da Mudança que será detalhado no próximo item. Antes, porém, faz-se necessário detalhar três processos para situar a Bahia no contexto da “Transição Democrática”.

Primeiro, na participação de Luiz Umberto como parlamentar e pessoalmente como uma das lideranças nacionais do Movimento Sanitário. Este ator trabalha na elaboração do documento para o programa do candidato a presidente pela Aliança Democrática:

*Nós (Movimento Sanitário) tivemos uma presença junto da transição democrática com Tancredo (Neves) na época. Nós participamos de reunião com ele, eu inclusive fui convidado para um grupo de trabalho de elaboração do projeto da transição democrática. A parte de saúde, essa coisa ocorreu antes da morte dele, numa fase preparatória. Nós começamos a ter uma entrada um pouco mais nacional com os elementos de saúde, essa foi uma coisa boa que nós conseguimos uma presença [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009)*

Segundo, na composição do governo que se inicia. O Presidente empossado, José Sarney, manteve as indicações já feitas por Tancredo Neves para os ministérios; uma delas envolve o político baiano Francisco Waldir Pires de Souza, como ele próprio assinala:

*[...] em 1985 eu era Ministro da Previdência (e Assistência Social), tinha sido nomeado por Tancredo, mas Tancredo morreu antes de tomar posse. Mas foi ele que me convidou, ele que me nomeou (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

Ao assumir o cargo de ministro, Waldir Pires solicita a Luiz Umberto indicações de pessoas para comporem a sua equipe:

*[...] Eu indiquei alguns nomes, eu sugeri a ele, ele me pediu que eu desse nomes e eu coloquei os nomes de acordo com o Movimento Sanitário. Foi uma coisa que ele deve ter achado estranho, um deputado não indicou seu pessoal, indicou alguém de outro estado. Eu era deputado estadual, mas aí o Movimento Sanitário era muito maior do que a minha presença de deputado [...] Ele pediu uma primeira vez que foi para ser o assessor especial dele nos assuntos do Inamps. [...] Aí eu liguei para algumas pessoas do Movimento Sanitário, então nós indicamos o (José) Saraiva (Felipe) lá de Minas Gerais [...]. Depois ele me pede para indicar sugestões de nomes, quem eram os nomes melhores que eu via para o Inamps (presidência). Novamente eu dialoguei com o pessoal (do Movimento Sanitário), alguns telefonemas, a gente achou melhor sugerir o Hésio Cordeiro, pelo Rio, e o Guilherme Rodrigues, baiano, professor titular de Medicina Preventiva da USP [...]. Aí ele escolheu o Hésio por causa do problema político que tem com o Rio, era muito ligado ao RJ [...] ele se deu muito bem (com o Hésio), como se deu muito bem com Saraiva [...]*

E o terceiro, na realização da 8ª CNS<sup>27</sup>, em março de 1986, que se realiza com ampla participação da sociedade civil, viabilizada através de mobilizações em pré-conferências estaduais. Este evento tornou-se um marco na história da saúde no País, pelo seu caráter ampliado da participação, por permitir a discussão do conjunto de propostas para um projeto alternativo ao modelo assistencial vigente, o que vai se constituir nas propostas para uma Reforma Sanitária originadas na academia, complementadas ou criticadas pelo Movimento Sanitário e legitimadas neste evento.

Como desdobramento 8ª CNS, foi constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a Conformação da Plenária Nacional de Saúde (PNS). A partir daí, vai se incrementar no processo da Constituinte a intervenção dos atores do MS junto aos parlamentares para defender o corpo doutrinário e as propostas para a RSB, em contraposição às propostas do setor privado que atuava na saúde. O resultado desse jogo de interesses vai garantir o capítulo saúde na Constituição Federal de 1988.

A Bahia realizou o Encontro Estadual da 8ª CNS, como pré-conferência, quinze dias antes da nacional, mais precisamente entre os dias cinco a sete de março (ABMnotícias. 1986, no. 154). Neste momento, percebe-se o cumprimento do Cebes/Bahia das tarefas delineadas no início da década de 1980 para suas intervenções, ao se registrar dois fatos: primeiro, a organização e condução deste evento pelas entidades de profissionais e sindicatos de saúde em cooperação com os movimentos populares e outras entidades da sociedade civil; segundo, a diversidade de presença das entidades de saúde; dos sindicatos de saúde, mas também dos outros trabalhadores; de políticos; e da sociedade em geral. Como pauta de discussão, utilizou-se o temário da 8ª CNS e os conteúdos já afinados com os princípios da Medicina Social e a crítica ao modelo assistencial de saúde hegemônico.

No âmbito nacional, com o avançar do processo constituinte, os indicativos da 8ª CNS passam a ser “bandeira de luta” do agora Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que aglutinava os interesses para garantir na Constituição a base legal para um sistema de saúde coerente com um País democrático. Por outro lado,

---

<sup>27</sup> A realização deste evento, seus debates e desdobramentos compõem um conjunto de textos produzidos por autores brasileiros que tiveram expressiva participação tanto na construção do ideário como nas conquistas concretas da RSB. Para maiores detalhes sobre a 8ª CNS, cito alguns trabalhos: TEIXEIRA, 1989; MENDES, 1996; RODRIGUES NETO, 1997; LUZ, 2007; ESCOREL, 2008; PAIM, 2008. Ver também Faleiros (2006) que apresenta de forma detalhada, contada pelos próprios sujeitos, os seus argumentos para os dissensos e consensos que se estabeleceram naquela ocasião.

um ator ausente na Oitava<sup>28</sup>, representado pela iniciativa privada do setor saúde, passa a tornar pública sua aspiração de manter seus interesses já consolidados no modelo hegemônico (RODRIGUES NETO, 1977). Dois eventos podem ser considerados como marcos desta polarização:

Por um lado, as organizações do setor privado, principalmente a Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), promoveram no estado de São Paulo, entre os dias treze e quinze de agosto de 1986, o I Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não Governamentais. Este congresso teve como objetivo discutir uma proposta de política nacional de saúde, com indicativo de intensificar a privatização do setor, a ser encaminhada a Assembléia Nacional Constituinte.

Por outro lado, a Abrasco<sup>29</sup>, em setembro do mesmo ano, realiza o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Com um temário pautado nas discussões e conclusões da Oitava, abre-se o debate, inclusive com participação de parlamentares, resultando em um texto final com indicativos para subsídio a Constituinte.

As propostas dos dois grupos de interesses passaram a ser defendidas na Assembléia Nacional Constituinte. O jornal A Tarde traz indícios das posições dos representantes destas propostas antagônicas dado que na Bahia, também se acompanham o processo constituinte, ao divulgar matérias reportando-se ao jogo de interesses junto aos parlamentares eleitos pela população brasileira para “escrever” a Carta Magna do País.

O jornal A Tarde, do dia treze de setembro de 1986, explicita o apoio da Associação dos Hospitais do Estado da Bahia (AHEBa) ao vereador e médico Sérgio Olivaes para eleger-se deputado, por este ser defensor “do livre exercício da medicina [...] e, principalmente, pela privatização da medicina (p.5). Chama a atenção que esta associação não compareceu a pré-conferência estadual, seguindo o mesmo procedimento da sua representação nacional, a ABH, cujo presidente por muito tempo foi um empresário baiano da área da Psiquiatria.

Este empresário da saúde<sup>30</sup> é conhecido como defensor do setor privado e intransigente com qualquer proposta que discuta a saúde como um bem social. Para

---

<sup>28</sup> Apelido afetivo como é referida a 8a CNS pela sua importância para a saúde.

<sup>29</sup> No período de preparação e realização deste congresso a Abrasco era presidida pelo professor baiano Sebastião Loureiro.

<sup>30</sup> Termo utilizado pelos formuladores das críticas ao Sistema de Saúde Previdência, quando se referem ao

tanto, utiliza-se de métodos peculiares, mas coerente com o contexto político do País até então (1986). Ronaldo Jacobina é quem relembra como se dava esse enfrentamento nos primórdios das lutas pela Reforma Psiquiátrica que vai se aglutinar ao Movimento Sanitário na Bahia:

*[...] Eu me lembro que eu comecei a fazer junto com outros estudantes uma espécie de corpo de apoio pra possibilidade dos seguranças de Sílio (Andrade) não bater em (Carlos) Gentile (de Mello). Isso aconteceu com Gentile e aconteceu com (Franco) Basaglia. Então eu me lembro que nós fazíamos uma espécie de cinturão de proteção, na verdade não aconteceu. Sílio ele ia e entrava, os seguranças ficavam próximos do seminário (segunda metade dos anos 1970), ele era agressivo [...] ele insinuava o tempo todo a possibilidade de ter essa arma (ligações com o serviços de segurança da ditadura militar), entende?[...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Em duas outras reportagens o jornal A Tarde divulga o I Congresso Nacional de Saúde de Entidades não Governamentais, que se realiza, segundo a reportagem, para discutir a incapacidade de o Estado lidar com a saúde, ao tempo a reportagem faz apologia à eficiência do setor privado para operar este setor (A Tarde 28/07/86; 15/08/86).

As propostas do MRSB também são divulgadas. Foi, por exemplo, dado destaque à entrega, por Antônio Sérgio Arouca presidente da 8ª CNS das suas propostas ao presidente da Comissão de Saúde da Câmara Legislativa Federal (A Tarde de 06/06/1986) e outra com uma “chamada” na primeira capa e complementada por reportagem detalhada sobre a instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (A Tarde 20/08/86). Outro fato noticiado, foi a presença da CNRS no debate sobre a RS com o Conselho da Previdência (A Tarde 04/11/86) e uma grande reportagem sobre a RS, com um conteúdo de fácil entendimento sobre o seu ideário. (A Tarde de 20/10/1986).

Essas matérias jornalísticas evidenciam a presença do MRSB na Bahia, que conseguia colocar o tema das discussões nacionais na imprensa, fora do que era frequentemente noticiado: a precariedade da assistência à saúde e as greves deste setor no estado.

O jogo na defesa dos dois interesses, às vezes, até se dava de forma imediata do tipo “vai” e “volta”, como por exemplo, no dia 20 de outubro, o jornal em questão divulga uma reportagem sobre a RS. Em espaço menor traz uma proposta

---

proprietário de Unidades ou Serviços de Saúde que atuam como contratados para assistência aos beneficiários como “venda” do cuidado a doentes e, portanto, aferindo lucros com a doença da população .

apresentada pelo coordenador do Setor Saúde da Casa Civil da Presidência da República, Eleutério Rodrigues Neto<sup>31</sup>, para subsidiar as discussões da Assembléia Nacional Constituinte. Dois dias depois, traz uma outra matéria intitulada “A proposta do Sr. Eleutério”. Ao referir-se ao “Sr.”<sup>32</sup>, provavelmente usa tal expressão para desqualificar já que o caracteriza como entusiasta da Medicina Social e Comunitária, um dos organizadores da 8ª CNS, defensor do controle do Estado em áreas estratégicas como medicamentos e imunobiológicos etc. e que foi “[...] tomado de verdadeiro fervor sanitário” (A Tarde, 1984 20/10/86 p.6; 22/10).

Anunciando encaminhamentos para a Constituinte, o mesmo jornal publica matérias de pessoas que falam em nome próprio através da seção de leitores:

Um leitor, denominação de Demócrito Moura, assina dois textos: em um, apresenta as propostas da 8ª CNS e defende o orçamento social e a forma participativa das decisões (A Tarde de 16/06/1986); em outro, discute as grandes desigualdades de saúde das regiões do Brasil, sugerindo uma distribuição mais equânime (A Tarde, de 20/06/1986).

Um outro leitor, assina-se como Ventura Matos, e apresenta-se como médico. Anuncia a criação da Sociedade Saúde e Valores Humanos formada por médicos e outros profissionais (A Tarde 29/10/86). Afirma que encaminhará documento a Assembléia Nacional Constituinte, intitulado Modelo de Assistência Médica, concluindo que o espaço a ser ocupado, diz o plano da Sociedade Saúde e Valores Humanos, “[...] é aquele que revitaliza a assistência médica privada e utiliza o poder estatal de arrecadação de recursos” (A Tarde, 01/12/86 p.6).

O modo como o maior jornal de circulação no estado “abre espaço” para um debate, explicitando os dissensos e consensos, dá-nos indícios de que o Movimento Sanitário na Bahia atingiu seu intento de articular pessoas e ampliar o leque de forças sociais para propor, discutir as propostas e acompanhar o grande debate nacional sobre RSB.

Por outro lado, ao reconhecer que o Movimento Sanitário na Bahia, nos anos finais da década de 1980, já estava disseminado pela sociedade civil, com conexões entre seus diversos atores sociais (entidades, sindicatos, movimentos populares), estabelecendo articulações orgânicas ao projeto da RSB, indícios apontam que o

---

<sup>31</sup> Trata-se de uma das lideranças do movimento sanitário nacional que em algumas ocasiões já havia sido censurado pelo Sistema Nacional de Informações (SNI) (RODRIGUES NETO, 1977; SCOREL, 2008)

<sup>32</sup> Segundo Ferreira (2004 p. 1829), trata-se de um “tratamento respeitoso ou cerimonioso dispensado a homens”; entretanto, pelo teor da reportagem, indica como é usado pela população indicando hostilidade.

mesmo não se passava no âmbito dos espaços institucionais do setor saúde, ou seja, “no aparelho do Estado”.

Como não encontramos registro de experiências anteriores que possam ser analisadas como de mudanças importantes, haja vista a forma restrita em que se implantou no estado os programas dos PECs (SADER, 1983; COSTA, 1983), faremos a análise considerando a vigência das AIS por ser este programa/estratégia considerada como direcionada para as práticas defendidas pelo Movimento Sanitário (ESCOREL, 2008).

As representações dos órgãos da esfera federal como a Sucam, Fsesp e Imanps, embora tivessem participação na CIS/BA, não operavam com ações condizentes ao que já estava estabelecido pelas AIS (FLORES, 1991).

Na secretaria estadual de Saúde, também não se identificam experiências que possam ser entendidas como um marco de práticas inovadoras, pautadas nas mudanças que o movimento apontava para reorientação do modelo de atenção e de democratização da saúde.

Embora os órgãos da saúde, tanto da esfera estadual como federal, não participassem das mobilizações do Movimento Sanitário, através de um processo que envolvesse toda a instituição, existia entre seus servidores “quadros”, majoritariamente oriundos do Mestrado de Saúde Comunitária e dos Cursos de Saúde Pública, que vão se incorporar ao Movimento Sanitário como agente individual ou enquanto membros de entidades como ABEn-BA, Coren-BA, ABM, APAS, APSPBA. etc.

Indícios apontam nesta direção quando da realização do IV Encontro Estadual, promovido pela Pastoral da Saúde no município de Alagoinhas, registrou a presença de varias entidades de saúde e representantes da Fuseb e do Inamps. Sobre essas participações, o jornal ABMnotícias (1980, no. 136 p.5) destaca a importância nestes termos: “apresentaram à Pastoral a existência concreta de profissionais e entidades com perspectiva diversa da oficial” (se referindo aos órgãos do governo).

Na esfera municipal, encontrei registros das gestões de Ligia Maria Vieira da Silva, como secretária municipal da Saúde de Camaçari, e de João Luiz Barberino Mendes, como diretor técnico da Fundação de Saúde do Município de Camaçari (Fusamc), nos anos entre 1985 a 1988, gestões que tiveram a perspectiva de reorientação do modelo de atenção à saúde e a participação popular (ALMEIDA,

1989). Estes e a equipe que os acompanhou, durante as gestões, têm passagem reconhecida tanto na luta do MRM como na APSPBA.

Finalmente, verifica-se que acontecimentos promovidos pelo Movimento Sanitário na Bahia, nas décadas de 1970 e 1980, contribuíram significativamente para o estabelecimento de discussões sobre a saúde em contradição com as práticas autoritárias vigentes até então.

Mesmo com a abertura política e com o avanço da forças político-sociais em prol da transição democrática brasileira, a política baiana ainda era fortemente marcada por fenômenos como corporativismo, clientelismo e patrimonialismo, enfim, sob uma estrutura de princípios desfavoráveis à participação cidadã nas discussões de assuntos públicos. As características do cenário político do estado naquelas décadas foi resultado, sobretudo, da conduta adotada pelos partidos políticos ligados à figura de ACM, uma vez que esse grupo político foi por três décadas o protagonista da vida política na Bahia. Estabeleceu-se uma conduta política que consistia em manter a sociedade civil fora das decisões e neutralizar grupos políticos rivais (DANTAS NETO, 2003).

Mesmo com este cenário, o Movimento Sanitário no estado desempenhou um papel fundamental na modificação dos procedimentos políticos, na medida em que se transformou em importante experiência para percepção de uma nova cultura democrática que se impõe contra as práticas autoritárias, fechadas à participação. Surgiram novos temas, questões, identidades e valores no cenário político, estabelecendo arenas e espaços de atuação que não aqueles estabelecidos anteriormente. É nesse contexto que se instala o processo eleitoral de 1986.

#### 4.3 OCUPAR O ESPAÇO INSTITUCIONAL: A ESCOLHA DO SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Nas eleições de 1982, ainda no regime ditatorial, modifica-se o mapa político do País com a eleição de vários governadores de oposição. Embora existindo disputas entre vários partidos, o maior confronto se deu entre os dois maiores, o Partido Democrático Social (PDS) e o PMDB. Por outro lado, as candidaturas de oposição saíram vitoriosas nos estados maiores e mais ricos, fortalecendo os anseios da sociedade brasileira pelo retorno da democracia no País (MORAES, 2003).

Mesmo com o enfraquecimento do regime militar e o avanço das forças político-sociais em prol da redemocratização, a política baiana era marcada pela exclusão dos cidadãos nas discussões de assuntos públicos; pela privação das decisões e exclusão dos interesses da população na condução do governo estadual e pela neutralização de grupos políticos rivais. Estas características são as consequências da conduta adotada pelos partidos políticos ligados ao carlismo, e que, nas três últimas décadas antes do fim dos governos militares, foi protagonista na vida pública baiana (DANTAS NETO, 2003). Desta forma, nas eleições diretas de 1982, o grupo político sob liderança de ACM elegeu João Durval Carneiro como governador da Bahia, pelo PDS, incorporando-se aos estados que não faziam oposição ao governo central.

Na saúde, o novo cenário político nacional permitiu que técnicos participantes do Movimento Sanitário ocupassem espaços nas secretarias estaduais de saúde. Emerge um novo ator social com a criação, em fevereiro de 1982, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o que vai dar força às reivindicações e propostas dos estados da federação na área da saúde (SCOREL, 2008).

Na Bahia, dadas às características do governo local, descritas em parágrafo anterior, indícios apontam para a não adesão a discussão crítica promovida pelo Movimento Sanitário, fruto de experiências de implantação de projetos que desenvolveram novas práticas no sistema de saúde (SCOREL, 1998; 2008), possibilitando aportes para mudança do setor saúde brasileiro nos três níveis apontados por Arouca (2003): na prática teórica (construção do saber), na prática ideológica (transformação da consciência) e na prática política (transformação das relações sociais).

Pode-se verificar a posição da Sesab nesse cenário, a partir da entrevista ao jornal ABMnotícias (no. 148) do gestor desta pasta nos primeiros anos da gestão estadual iniciada em 1983, Nelson Carvalho de Assis Barros. Este secretário, referindo-se ao Plano Conasp e a integração da Sesab com as outras esferas de governo, relata com ufanismo que se antecipou e entregou uma proposta ao Inamps definindo como espaços prioritários de prestação da assistência à saúde os serviços públicos, sem, no entanto, “[...] marginalizar as clínicas particulares”, formulando um plano adaptado as circunstâncias locais.

Estas afirmações apontam evidências para algumas consequências, como por exemplo: a ampliação da assistência privada no estado, permanecendo a hegemonia do modelo médico privatista; e a implementação da proposta do Programa Integrado da Atenção as Necessidades Básicas de Saúde e Saneamento da Periferia de Salvador, oferecendo assistência médica em mini postos, numa perspectiva restrita de atuação dos serviços de saúde. Por outro lado, nos anos finais do governo João Durval, sob a gestão de um outro secretário, Ursicínio Queiroz, a Sesab mantém-se afastada das oportunidades de reorientar o modelo de atenção e de gestão oportunizada pela implantação das AIS (FLORES, 1991).

Voltando à cena político-partidária, o domínio do grupo político ligado a ACM estende-se às representações senatoriais e à eleição de numerosa bancada legislativa, tanto estadual como federal, praticamente anulando os adversários políticos no estado. Coube aos oposicionistas constituir um bloco político de frente única, denominado de anticarlista<sup>33</sup>, para os embates eleitorais em 1986.

Após 1985, com o início da redemocratização do País, acabam as restrições à liberdade imposta pela Ditadura Militar como a censura à imprensa, a liberdade de partidos políticos e a permissão para que os sindicatos se organizarem livremente. Neste novo contexto, acompanhando o processo de eleições livres para prefeitos das capitais ocorridas um ano antes, em 1986 deflagra-se um processo eleitoral para governadores, deputados estaduais e federais, além de senadores (MORAES, 2003).

Na Bahia, embora tenham outros candidatos postulantes ao governo do estado, incluindo duas candidatas mulheres, o enfretamento das eleições estaduais se dá entre as duas maiores coligações: a “Aliança Progressista Democrática”, que indicava Josaphat Ramos Marinho, apoiada pelo grupo carlista, e a “A Bahia Vai Mudar”, de oposição, que unia vários partidos (PMDB/PDT/PSC/PCB/PCdoB) em torno do nome de Francisco Waldir Pires de Souza. Descrever este momento democrático no estado foge aos objetivos deste estudo. Entretanto, torna-se necessário discorrer como o Movimento Sanitário consegue aglutinar e articular um conjunto de forças sociais para, nesta oportunidade, ganhar espaço no debate político geral.

---

<sup>33</sup>Segundo Dantas Neto (2003), neste bloco estavam desde aqueles com visão crítica diferenciada ao proposto por ACM, até aqueles que mesmo sendo carlistas, tinham tido algum desentendimento como com o próprio líder ou com algum direcionamento do partido que ele dominava (ARENA, depois PDS e posteriormente PFL).

Encontrei alguns indícios de como profissionais de saúde se posicionavam sobre os candidatos, ao revisar as edições do jornal A Tarde na década de 1980. No ano eleitoral de 1986, o candidato Waldir Pires utiliza este meio de divulgação para denunciar o uso da “máquina do governo” como espaço privado dos correligionários do governo em exercício, bem como perseguições aos profissionais de saúde que expressavam suas preferências políticas (A Tarde, 01/06/1986). Este último tema também é denunciado pelo jornal ABMnotícias (no. 154 de 1986). Por outro lado um dos líderes do MRM, Gerson Mascarenhas, coordena um ato público de apoio da categoria médica ao candidato Waldir Pires (A Tarde, 13/10/1986). Este apoio deu-se após a participação dos candidatos Josaphat Marinho e Waldir Pires em debates promovidos pelo Cremeb, Sindimed e ABM, e com a entrega do documento “A Saúde e a sucessão estadual”. Os temas debatidos foram direcionados para o funcionamento da rede pública e a política salarial. Entretanto, ao candidato Waldir Pires foi questionado como se daria a escolha do secretário da Saúde, caso este fosse eleito. A resposta do candidato foi evasiva, afirmando não ter compromisso com ninguém, e exigindo como “perfil dos seus assessores e secretariado: probidade, honradez e eficiência” (A Tarde, 30/09/1986, p.5).

Ao localizar o Movimento Sanitário na Bahia no processo eleitoral, verifiquei que, até 1986, este está presente em vários ambientes, aproximando diversos atores da sociedade civil, haja vista como se organizou a pré-conferência estadual para a 8ª CNS. Durante a campanha eleitoral, o comitê do candidato a deputado estadual Luiz Umberto, filiado nesta época ao PMDB, aglutina segmentos do Movimento Sanitário baiano para formular a sua plataforma eleitoral. Nesta plataforma, nomeada Mudar a Bahia Mudando a Saúde, destacam-se propostas em defesa da Reforma Sanitária. Esta aproximação se dá, não apenas por que este candidato historicamente liderava lutas específicas junto aos trabalhadores de saúde, e também por ser uma expressão estadual e nacional do Movimento Sanitário.

A forma de atuar de Luiz Umberto, criando fatos ao visitar unidades de saúde, apoiando lutas de trabalhadores da saúde, e atuando como coordenador da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa lhe garantia espaço na mídia. Na década de 1980, entre as várias reportagens sobre aspectos mais gerais da saúde, chama a atenção reportagens extensas no jornal A Tarde (04/07/1986; 13/07/1986) que permitem a Luiz Umberto discorrer sobre uma nova forma de compreender o

processo saúde-doença e apresentar uma visão crítica sobre a configuração das ações e serviços de saúde no Brasil. Esta sua atuação foi reconhecida pela opinião pública, ao ser escolhido como um dos cinco deputados de maior destaque, pelos jornalistas que cobriam o trabalho da Assembléia Legislativa (A Tarde, 06/12/1986).

Para a campanha de reeleição de Luiz Umberto a deputado estadual em 1986, esse faz um chamado para se retomar a democracia no estado. De uma maneira peculiar, o Comitê do candidato, para obter recursos financeiros para sua campanha, organiza uma festa chamada “Acerta o passo com a democracia”. Este é um evento em que seu Comitê convoca os correligionários para colaborar e participar dos debates (A Tarde, 20/09/1986). Desta forma, o Comitê do candidato passa a ser um local onde se aglutinam as propostas de mudanças no sistema de saúde, coerentes com a expansão da cidadania e o aprofundamento da democracia por meio de formas de participação popular nas decisões e formulação de políticas públicas.

O jornal A Tarde noticia sobre um documento do Grupo Saúde (composto de servidores estaduais), construído através de um processo ampliado de discussão nas várias unidades de saúde da rede estadual. Este grupo se articula com o candidato Luiz Umberto e, num debate promovido pelo seu comitê, entrega ao candidato Waldir Pires um documento com as reivindicações salariais, melhorias de condições de trabalho e implementação das AIS, ressaltando a prioridade para ações preventivas e integração das esferas de governo na assistência à saúde. Isso demonstra a confluência dos anseios dos servidores com as mudanças propostas pelo Movimento Sanitário (A Tarde 29/09/1986).

Sobre a influência do Movimento Sanitário na formulação da proposta para a saúde do candidato Waldir Pires, Jairnilson Paim reafirma o que já havia escrito anteriormente (PAIM, 2002) sobre este momento, visando esclarecer como as propostas da RS aproximaram-se do Projeto Bahia (documento que subsidiou o programa da campanha de Waldir Pires):

*Neste episódio no Colégio 2 de Julho, que foi apresentado o documento Mudar a Bahia Mudando a Saúde, o discurso do então candidato Waldir Pires [...], restringia a questão da saúde fundamentalmente a nutrição e saneamento, nada de reforma, nada de reorganização de serviço, nada de implantação de uma outra política pública, reduzia a saúde as condições sanitárias de saneamento e nutrição (a partir deste evento o Movimento*

*Sanitário se aproxima do grupo de apoio a Waldir Pires e introduz suas propostas no programa do candidato) (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Na Bahia, antes mesmo da vitória eleitoral do governo da mudança, o Movimento Sanitário no estado já tinha aglutinado vários atores da sociedade em torno do projeto da RS e formulado suas próprias propostas. Jairnilson Paim relata como se configurava estas articulações no processo eleitoral:

*Então essa eleição (1986) [...] tem todo esse movimento mais amplo digamos assim, do Movimento Sanitário baiano, ao ponto de antes da eleição no próprio comitê do candidato a reeleição, do deputado estadual Luiz Umberto, se debateu um documento chamado Mudar a Bahia Mudando a Saúde que foi... vamos dizer: passa ser um documento que disparou um diálogo com o candidato a governador Dr. Waldir Pires, pra trazer a questão da saúde com uma certa proeminência dentro do seu programa de governo né, então eu diria mais ou menos assim [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

O fato é que a opção da população baiana, incluindo os profissionais de saúde, promoveu, no dizer de Dantas Neto (2003), uma ampla vitória do candidato de oposição, impondo a primeira grande derrota do carlismo na Bahia, com a vitória de Waldir Pires com mais de 1 milhão de votos de diferença.

Inicia-se o preparo para a posse do “GOVERNO DA MUDANÇA”, em marco de 1987. Duas ações são primordiais: a escolha do secretariado e dos assessores diretos e um programa inicial de governo.

Quanto à escolha da futura equipe administrativa, o governador eleito remete a decisão sobre o secretariado para um mês antes da posse, em 15 de março de 1987 (A Tarde, 27/01/1987). Para os outros cargos administrativos, principalmente no interior, a bancada do PMDB cria uma comissão para definir critérios para indicação dos nomes, sem incluir parlamentares de outros partidos que também comporiam a base governo (A Tarde, 28/01/1986). Este vai ser um jogo político que permanecerá na agenda do governo por algum tempo, mesmo após a posse. Através do jornal A Tarde, pode-se verificar como se deu o debate sobre indicações de cargos. Entre os principais pontos estavam a divisão de cotas entre os partidos da coligação e o que caberia a deputados e prefeitos. Estas disputas vão fazer com que a decisão sobre composição de cargos administrativos no novo governo se prolongue por meses, como no caso da saúde, que apresento de forma mais detalhada no próximo item.

Com referência ao secretariado, logo após o anúncio do resultado do pleito eleitoral de 15 de novembro de 1986, começam as especulações em torno de nomes, como seriam as indicações pelos partidos e qual a cota pessoal do governador. Embora o jornal A Tarde divulga matérias constando especulações dos possíveis nomes ou distribuições de onde saíam as indicações, esse foi um processo que durou até menos de um mês antes da posse. Os nomes para as secretarias do Planejamento e Tecnologia e da Fazenda foram os primeiros a serem anunciados, em sete de fevereiro de 1987, seguido dos responsáveis pela Administração, Governo e Transportes, no dia quatorze do mesmo mês.

O nome de Luiz Umberto só foi anunciado junto com todos os secretários do futuro governo no dia vinte e dois de fevereiro (A Tarde, 23/02/1986). A secretaria da Saúde foi uma das pastas que ocupou espaço em matérias no jornal A Tarde sobre as possibilidades de indicação do secretário. Os primeiros anúncios indicavam que a Saúde compunha a cota pessoal do futuro governador e o nome seria o do deputado Luis Leal, por ser correligionário e amigo pessoal do mesmo. Todos os entrevistados confirmam esta informação. Outras notícias também se referiam a uma solicitação do deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna em indicar o secretário. Existiu até a mobilização de uma associação de moradores do bairro de Brotas lembrando ao candidato eleito o compromisso assumido em campanha sobre a presença de mulheres na administração. Esta associação promoveu uma concentração em frente do escritório do governo de transição com cartazes reivindicando a indicação da Delegada Federal de Saúde na Bahia, a médica Alix Fischer (A Tarde, 17/02/1987).

Percebe-se, pela quantidade de matérias jornalísticas dedicadas a escolha do gestor da Saúde, os vários interesses em jogo. Entretanto, o Movimento pela Reforma Sanitária também faz suas articulações para indicar um nome na direção da Sesab, acompanhando a penetração do movimento no interior do aparelho de Estado, o que já vinha ocorrendo em alguns lugares do País, mas com maior força na esfera federal (FALEIROS, 2006; ESCOREL, 2008).

O nome do deputado estadual reeleito Luiz Umberto era apoiado pelo Movimento Sanitário. Os entrevistados referem articulações políticas para tanto em duas frentes: uma na abrangência do estado e a outra nacional. A escolha do secretário da Saúde, portanto, fugiu ao controle da cota pessoal do governador.

Faço esta afirmativa baseada na entrevista de Luiz Umberto (14/12/2009) "A escolha do secretário se deu por articulação que foi fora do meio político, quando

falo do meio político no sentido formal dos partidos políticos etc.[...]” e de como os entrevistados referiram-se a este fato.

Luiz Umberto complementa assim a afirmação:

*Quer dizer, eu nem discuti, não lembro ter discutido isso partidariamente, até porque já... nós estávamos dentro de um partido tão amplo né, não tinha um sentido na época de fazer essa discussão. [...] com os companheiros, que era o pessoal egresso do PCB, mas eu já tinha desligado deles, não aí também não, não discuti. Eu já estava arrumando para ir para outro partido. Então, nesse sentido que não houve nenhuma discussão, não houve apoio partidário, eu acho que não houve manifestação de lideranças (partidárias) aqui na Bahia e nacionalmente (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009)*

Perguntei ao governador Waldir Pires sobre a política de saúde no seu governo e uma das suas lembranças iniciais foi sobre a indicação de Luiz Umberto para secretário da Saúde, referindo-se a sua passagem no Ministério de Previdência:

*Eu convivi muito com o grupo de personalidade do setor de saúde, que liderava o processo de digamos assim, das expectativas sanitárias do País, e que se cogitou e se organizou o pensamento de que a saúde é um dever do Estado, e um direito do cidadão, um direito da pessoa humana. Naquela ocasião, portanto, eu até pela própria digamos assim, convocação de Luiz Umberto que tinha uma vivência muito grande dos problemas de saúde e participava ativamente de todas as mobilizações, e que significava para a saúde uma respeitável importância não é? (WALDIR PIRES, 23/11/2010)*

Então, perguntei-lhe se houve muitos conflitos na escolha, ele me respondeu negativamente:

*Das articulações todas em saúde, todo o pessoal queria Luiz Umberto, ele era uma das figuras mais significativas do Movimento Sanitário na Bahia[...]. As entidades todas, todas as entidades sustentaram que era o candidato delas e eu a rigor... eu conheci Luiz Umberto mais profundamente ao longo do processo da campanha, ele tinha uma, uma facilidade muito grande de sustentação e de luta nisto (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

A forma como o governador se expressa vai indicando-me como uma mobilização coletiva superou a lógica de escolha do secretariado naquele governo. Ao se referir a “todo pessoal” entendi com uma articulação com capacidade de pressionar uma decisão que foi colocada pausadamente “[...] e eu a rigor...[...]” e não completa a frase, volta a falar das características pessoais de Luiz Umberto.

Entretanto, ao lembrar da posição nacional de Luiz Umberto relacionando com as suas vivências como Ministro da Previdência Social, tem consonância com o que relatou Luiz Umberto:

*Eu fui eleito pela segunda vez e Waldir (Pires) me convidou para ser o secretário de saúde, muito inclusive por conta do meu papel nacional, porque ele foi Ministro da Previdência em 84/85 e lá ele manteve contato com todo o grupo, viu o que era o negócio da Reforma Sanitária, ele então entendeu, e ele entendeu o meu papel inclusive porque na época eu indiquei alguns nomes [...] (referendo-se a com posição da equipe citada anteriormente) (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

E complementou na segunda entrevista:

*[...] foi uma relação de entidades locais, mas teve muito do movimento nacional, daí é uma ligação direta que eu acho que o governador passou a ter por conta da proximidade que ele teve na época em que foi o Ministro da Previdência Social. [...] ele teve contato com várias pessoas das lideranças de saúde. Eu acho que boa parte destas lideranças, as que tiveram com ele colocaram meu nome. Eu sei que houve um apoio no sentido de lideranças que tinham alguma proximidade com ele, alguma identidade, que se conheciam pelo menos, eu acho que se manifestavam perante a ele para minha indicação. (LUIZ UMBERTO 14/12/2009)*

Luiz Umberto atribui a intervenção das lideranças do Movimento Sanitário nacional como decisiva na sua indicação, dando a entender que esta decisão se deu por interesses fora da Bahia, como assinala nos dois momentos em que foi entrevistado:

*[...] Ele então vem (Waldir Pires) e me coloca nessa questão da secretaria; mas também a gente consultou o movimento nacional, o movimento que eu apoiei me apoiou. Na minha indicação na Bahia o movimento me indicou, e eles estavam vendo na hora os quadros que teriam para essa nova fase política, com a presidência do Conass, eu já subo para presidência do Conass com esse papel um pouco de entrar na Constituinte (LUIZ UMBERTO (23/11/2009).*

*[...] O peso foi o Movimento da Reforma Sanitária, as liderança do movimento nacional fizeram uma procura e se articularam a alguns dos mais significativos, conhecidos publicamente, e conversaram com o governador. Essa indicação inclusive foi iniciativa... eles mesmos fizeram essa indicação, como eles fizeram a luta pra Arouca no Rio de Janeiro, que no fundo era uma busca de ocupação dessa secretaria para poder ter um peso de interferência na Constituinte, e aí foi Arouca, ficou no Rio de Janeiro, foi na minha época quando saiu foi pro Rio de Janeiro, eu fiquei como o secretário na Bahia (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Trata-se de um momento em que os parlamentares (senadores e deputados) das câmaras federais, eleitos em 1986, também se tornam membros da Assembléia Nacional Constituinte, instalada no primeiro dia de fevereiro de 1987 (MORAES, 2003). Este momento político nacional converge para a instalação da CNRS e a Plenária Nacional de Saúde, após realização da 8ª CNS (SCOREL, 2008). Nesta conferência, se legitimaram-se as propostas do Movimento Sanitário que, a partir daí, vislumbra a Constituinte como a arena para concentrar as lutas no sentido de

inscrever o direito à saúde como marco constitucional e garantir a base jurídico-legal para reorientar o sistema de saúde, criando condições de acesso ao sistema de saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 2006).

Embora Sérgio Arouca, enquanto secretário da Saúde do Rio Janeiro, tenha sido um dos mensageiros na entrega da emenda popular aos Constituintes (FALEIROS, 2006), isto se deu muito mais por ser uma liderança nacional reconhecida, do que como representante do Conass. Isto não quer dizer que não se reconhece o papel do Conass como um ator político importante neste momento. Jairnilson Paim também não vê a possibilidade de atuação no Conass como principal motivação para a mobilização do Movimento Sanitário nacional na indicação da secretaria estadual da Saúde da Bahia. Quando lhe perguntei sobre esta situação, respondeu:

*Eu não diria que foi uma coisa tão deliberada, tão estrategicamente programada não, tinha um respeito a Luiz Umberto, tinha um afeto a Luiz Umberto. Tinha um fato de saber que a Bahia era mais amplo do que o candidato Waldir, ou candidato Luiz Umberto. Enfim, que o movimento na Bahia foi sempre um movimento forte no âmbito da contribuição da Reforma Sanitária brasileira, então a Bahia era uma questão chave, mas é uma consequência, é minha interpretação. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Mas fala assim sobre a indicação:

*Eu vou contar a história como eu me lembro. Então, independente desse movimento genérico, que eu não sei como é que teria ocorrido pros outros estados, mas no caso da Bahia foi feita uma articulação.[...] Com José Saraiva Felipe, recente Ministro de Saúde no Brasil, que era o secretário de Medicina Social da Previdência [...] com Luiz Umberto, que deve ter tido um papel importante pra que ele fosse escolhido por Waldir Pires. [...] Com anuência de Luiz Umberto ele é acionado. Ele providenciou um almoço no Rio de Janeiro em que as grandes lideranças da área da política de saúde da época estiveram nesse almoço. Eu vou citar alguns do que eu me lembro: Sérgio Arouca, Guilherme Rodrigues da Silva, o próprio Saraiva e Hésio Cordeiro, e desse almoço [...] Waldir ficou muito entusiasmado de que o que acontecesse na Bahia poderia ter repercussão nacional. [...] Recebi um telefonema de Hésio Cordeiro e de Saraiva Felipe, ambos felicíssimos pelo compromisso que Waldir tinha genericamente assumido, com aspas, com essas lideranças do Movimento Sanitário. E isso foi antes, foi logo depois das eleições, mas a posse só foi em março. Desse período que foi o final do ano até março, muitas coisas ocorreram, muitas especulações apareceram nos jornais [...] No final saiu Luiz Umberto, mas mesmo com essa conversa ainda durante muito tempo houve indicações inclusive públicas, porque saiam no jornal que o secretário seria Luis Leal. E pra grata surpresa nossa, se é que é surpresa, mas efetivamente foi Luiz Umberto, mas houve esse processo e eu não posso dizer nacional, mas na Bahia eu assino e dou fé. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

O relato Jairnilson Paim não deixa dúvida de que a decisão do governador não foi nos primeiros dias após a sua vitória, em novembro de 1986, quando da

intervenção do movimento nacional. Durante os três meses seguintes, as especulações sobre outros nomes para gestão da secretaria da saúde ocuparam a mídia no estado. O nome de Luiz Umberto só começa a aparecer como o mais provável indicado, no jornal A Tarde no dia 18 de fevereiro de 1987, poucos dias antes do anúncio oficial e menos de um mês antes da posse do novo governador.

Concomitante com outras articulações em torno de outros nomes, o Movimento Sanitário na Bahia articula-se para garantir a indicação de uma das suas lideranças para Secretário de Saúde Estadual. Luiz Umberto relata este momento:

*Dentro da Bahia houve manifestação das lideranças quase todas aqui de saúde manifestaram-se. Agora não houve inicialmente porque durante muito tempo eu tinha dúvida se deveria ou não ser né (Secretário de Saúde), não houve uma coisa assim tão articulada a não ser quando.... o momento que saiu no jornal. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*



**Foto 1** - Faixa de apoio das Enfermeiras para indicação de Luiz Umberto para secretário estadual de Saúde.

Antonia Garcia também se reportou às articulações locais como de grande importância na decisão:

*Eu me lembro de documentos que assinamos; de mobilizações; de manifestações públicas, inclusive junto com as entidades de saúde. Fatos também como as entidades, como a Fabs, mais geral. Elas (as entidades) se colocavam muito a favor da indicação de Luiz Umberto. Era quase unanimidade para o pessoal, uma pessoa que representava todas as reivindicações históricas dos movimentos de saúde [...] (ANTONIA GARCIA, 29/11/2010).*

Quem descreve o esforço para a indicação de um nome que representasse tanto as lutas específicas dos profissionais, quanto do MRS, neste momento de expectativa da mudança na condução política do estado, é Ronaldo Jacobina, na ocasião presidente da ABM.

*[...] nós sabíamos que havia um nome quando Waldir (Pires) foi eleito, que era o nome de Luis Leal. [...] Nós constituímos um documento. Luiz Umberto é uma liderança fortíssima, respeitada e não era cooperativo. Luiz Umberto não era querido só pelas entidades médicas, porque ele tinha essa capacidade de pensar a saúde numa forma mais abrangente, então ele tinha o apoio. Eu me lembro que na comissão estava uma pessoa de odontologia, o pessoal de enfermagem, então nós tínhamos um conjunto de forças, além de forças das organizações populares [...]. Fizemos um documento mesmo, um abaixo assinado. Tinha assim (assinatura), mais de oitenta lideranças, e as mais expressivas dos profissionais de saúde. Com esse documento na mão, me lembro bem, nós marcamos a reunião [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010)*

Esta reunião ocorreu no escritório de transição do Governo da Mudança, nos dias próximos ao final do ano, indo um conjunto de pessoas a um encontro com Waldir Pires para entregar o abaixo assinado.

Luiz Umberto reforça este caráter para além das questões específicas das categorias profissionais:

*Que eu me lembre, eu não tenho mais esse documento mais eu acho que foi assinado por mais de vinte, trinta mais... mas não era uma indicação cooperativa que se criou [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Outras pessoas com as quais fiz entrevistas sobre questões pontuais, reportaram-se à efervescência deste momento em que o Movimento Sanitário mobilizou-se para garantir a indicação de uma pessoa que representasse todas as expectativas para as mudanças na saúde no estado. Pela diversidade dos atores percebe-se, naquele momento, a convergência de intenção das diversas lideranças das entidades de profissionais de saúde. Ramalho (Assistente Social) deu ênfase ao recolhimento de assinaturas para levar ao futuro governador. Nair Fábio e Stella Maria Pereira Fernandes de Barros (enfermeiras) lembram a entrega, que se

constituiu em um momento de tensão. Um dos mensageiros que atuou como porta voz é quem conta:

*[...] nós dobramos uma escolha pessoal do Waldir [...] Tinha uma casa onde fazia montagem de governo na Pituba, [...] aí com o Gerson (Mascarenhas), eu, (Antonio) do Vale, alguém da odontologia, da enfermagem ....aí a memória vai ficando difícil, e de outras entidades, nós marcamos com um conjunto de entidades e o documento na mão, [...] Nós chegamos, a presença de Gerson, ele não falava muito. Gerson era contemporâneo (de Waldir Pires), isso levava um respeito. Gerson teve um papel fundamental! Waldir tinha um carinho assim especial. [...] eles deixaram pra mim a ação, eu tava ali no momento, naquele momento (19)86, 87 [...]. Então, aí eu falei da lista, apresentei a ele, Waldir recebeu essa lista com as lideranças indicando o nome, mostrando naquele momento as mudanças que se faziam necessárias [...] E nesse momento saí dessa reunião, continuaram as pressões, todos os caminhos, todas formas de acesso a Waldir, e obviamente nós não tínhamos a certeza dele escolher Luiz Umberto. Ele respeitou a vontade das entidades, [...] teve um encontro, esse encontro físico, e ele aí sentiu o peso físico, não éramos nós, não era Ronaldo (Jacobina) não! era sobretudo o Gerson (Mascarenhas), eu acho que foi um papel, uma presença... essas coisas em política é fundamental, toca o afeto dele, toca a representatividade que Gerson, era um símbolo né,[...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

E Antônia Garcia reforça as mobilizações:

*Nós participamos ativamente disso, participava até do grupo de Luiz Umberto, e o movimento social, o movimento de saúde da Bahia era totalmente a favor de Luiz Umberto fosse secretário e nós claro quisemos muito isso [...] (ANTONIA GARCIA, 29/11/2010).*

De tal modo foi conseguido o intento de indicar uma liderança do Movimento Sanitário para a gestão da Sesab. Para Jairnilson Paim (01/12/2010), esta situação “foi construída, foi trabalhada [...]”. Esta afirmação deve-se à atuação do Comitê de Luiz Umberto no sentido de articular as várias propostas e agregar no programa da campanha do governador eleito as indicações para a reforma na saúde legitimadas na 8ª CNS (PAIM, 2002).

Assim, registra-se uma situação ímpar no estado da Bahia, quando uma mobilização da sociedade, sobrepõe regras político partidárias e acordos ou preferências pessoais do próprio governador, impondo com argumentos, presença física e até articulações no âmbito nacional, que um legítimo representante de um movimento social seja nomeado para gerir uma secretaria estadual.

Uma outra ação que se desencadeou logo após a vitória, foi a elaboração do programa de governo. Através de um processo de discussão em seminários regionais, culminado em um grande encontro no Centro de Convenções, consolidou-se o plano de ação, abrangendo todas as áreas para os primeiros 100 dias governo

estadual (A Tarde 16/02/1987). No documento “Programa dos 100 dias”, para a área de saúde, foram ajustadas as propostas colocadas pelo Movimento pela Reforma Sanitária, já incorporadas durante a campanha eleitoral (PAIM, 2002). Jairnilson Paim, ao ser questionado sobre a incorporação neste plano das propostas da RS, ressalta: “Foi boa parte, boa parte no discurso foi incorporado, fazer distrito sanitário, mudar modelo assistencial tá, tá, tá, prioridade pra essa e aquela doença, tudo tá lá...[...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010). Mas também diz enfático: “Foi construído um espaço pra saúde dentro daquele governo [...]”.

Concluo, portanto, que o trânsito do Movimento Sanitário na Bahia para a institucionalização da Reforma Sanitária na Sesab pode ser destacado sob três aspectos: o do governo, com a colocação no plano dos 100 dias de uma nova perspectiva de atuação na saúde; pelo lado do processo participativo e sua articulação com a sociedade, com a eleição e mobilização para indicação do secretário da saúde estadual; e, do ponto de vista político-formal, a efetiva nomeação de Luiz Umberto, reconhecendo a sua legitimação para gerir o sistema de saúde no estado. Com estas premissas, está colocada a oportunidade de mudar a face da saúde na Bahia.

No próximo item analiso, a partir deste ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária na Bahia, após a eleição de um GOVERNO DEMOCRÁTICO a gestão de Luiz Umberto, o momento em que todo o acúmulo do Movimento Sanitário poderia transformar o poder político no jogo de interesses do setor saúde no estado. Estavam dadas as condições para “Acertar o passo com a democracia”, pelo menos na saúde.

## 5 A SESAB E A REFORMA SANITÁRIA

Neste item, concentrei-me na experiência singular da Sesab, no período entre março de 1987 e maio de 1989, identificando os atores, interesses e arenas, relacionando-os ao jogo de poder para implementação das propostas para a saúde no Governo da Mudança. Para tanto, busquei a reconstituição histórica da gestão de Luiz Umberto, como secretário da saúde estadual, o que me permitiu analisar criticamente as estratégias e a distribuição dos poderes técnico, administrativo e político, exercidos para facilitar ou constranger a organização do sistema de saúde estadual de forma contra hegemônica.

Perquirir sobre um tempo tão delimitado e ressaltar o caráter singular da gestão de Luiz Umberto na Sesab, deve-se a processos inextricáveis do momento em estudo: uma gestão coordenada por pessoas oriundas do movimento sanitário baiano; a elaboração das propostas contidas no Plano de 100 dias e posteriormente aprimoradas no Plano Estadual de Saúde (PES 1988/1989); e a assinatura do Convênio com o MPAS e o Ministério da Educação (MEC) para a operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

Por outro lado, ao se instalar no estado um governo que se elegeu prometendo alterar as suas relações com a sociedade, foi nomeado como secretário uma das lideranças do MRS por pressão política das entidades de saúde orgânicas ao projeto da RS. Uma vez que o secretário indicado tinha como princípio da sua ação política “Acertar o passo com a Democracia”, permite-me concluir que o Movimento Sanitário na Bahia, naquele momento, apostou na alteração das relações de poder no setor saúde estadual através da utilização do espaço institucional da Sesab.

A opção por ocupar os espaços institucionais da burocracia estatal do setor saúde, principalmente no âmbito federal, já se configurava como estratégia do Movimento Sanitário nacional. Esta se constituía na ocupação de cargos ou funções técnicas de destaque por pessoas comprometidas com a RS, promovendo o avanço do processo de institucionalização das suas propostas no interior do aparelho de Estado. Para alguns autores, esta foi uma das estratégias que contribuiu para a legitimação do Movimento Sanitário (SCOREL, 2008; RODRIGUES NETO, 1977).

Na Bahia, encontrei evidências desta estratégia na afirmativa de Luiz Umberto:

*Então, quando a gente assume a secretaria nós já assumimos com tudo no nome da Reforma Sanitária, que nós íamos aplicar tudo quanto fosse possível da Reforma Sanitária, do que já estava consensuado, definido na 8ª Conferência etc. etc... A posição política é clara. Essa posição política foi conversada com Waldir Pires, ele aceitou então nossa proposta. [...] nosso pronunciamento (no ato de posse) era claro, nós fizemos um pronunciamento muito enfático da Reforma Sanitária (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Tomando o modelo analítico de Testa (1995), identifiquei como propósito para a implantação do ideário da RS, na gestão de Luiz Umberto, a transformação do aparato de Estado via a Sesab, o que contribuiria para a democratização da saúde. Também, assumia-se a assistência à saúde como um propósito associado, já que os diagnósticos apontavam para as dificuldades de acesso da população e uma baixa qualidade dos serviços de saúde (BAHIA, 1987; BAHIA, 1987b).

Diante disto, a redemocratização da saúde implicava a transformação das relações de poder e, portanto, modificar processos institucionais até então prevalentes na Sesab. A forma como o secretário conduziu a composição da equipe para os cargos diretivos da administração central da Sesab desvela a sua opção seminal em estabelecer métodos coerentes com o propósito da sua gestão.

Sobre esta questão assim discorreu:

*A escolha do pessoal foi uma escolha aberta para o pessoal de compromisso. Inicialmente, compromisso com a Reforma Sanitária, quer dizer, não que fossem pessoas militantes ou não. Foram técnicos, pessoas realmente que tivesse competência, tivesse engajamento e tivesse compromisso público. Tivesse mais ou menos um projeto, um ideário. Essa coisa ficou muito... eu não me meti diretamente até porque eu já estava afastado cinco anos como deputado, essa eu deixei pro pessoal mais ligado a mim que fizesse o levantamento e discutisse comigo, como Jairnilson (Paim) [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Ronaldo Jacobina também se referiu a essas escolhas:

*O meu sentimento é que teve um papel crucial, eu acho que Luiz Umberto ouviu muito Jairnilson (Paim) [...] ele tinha que respeitar as forças políticas, então teve representações de diversas correntes né, mas ele ouviu muito, há elementos político-técnicos. Eles tinham muito essa sensibilidade de qualificação técnica, mas com formação política, não era, não podia ser ingênua. Aí eu me lembro que quando Jair (Jairnilson) foi (compôr o staff da Sesab) [...] a gente sempre dizia: e agora subsecretário!? [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Jairnilson Paim também se reporta a esta parceria e confiança entre ele e Luiz Umberto, oriunda desde meados da década de 1970:

*[...] então praticamente toda a questão da linha política de saúde da ABM eu definia com Luiz Umberto [...]. E, finalmente no âmbito parlamentar, que Luiz Umberto assume como deputado estadual em 82, eu sou uma espécie de assessor informal pra assuntos de Política de Saúde. Daí então eu sempre fiz isso pra ele, [...] informal, porque nunca recebi nenhuma remuneração pra esse tipo de trabalho. As campanhas publicitárias de Luiz Umberto, os documentos, os textos que ele ia falar no Brasil todo, tudo ele discutia comigo. Quem redigiu o texto Mudar a Bahia Mudando a Saúde fui eu, né, quem traduziu isso daí no programa do governo fui eu, e finalmente ele me chamou, foi em minha casa pra me convidar pra ser um assessor especial dele na Secretaria da Saúde [...]. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Luiz Umberto é muito enfático a um critério para a escolha da equipe:

*E aí foi sugerida uma equipe, não é. Essa equipe foi sugerida com todo um pessoal mais da Saúde Pública, primeiro compromisso também era com a questão Pública, não é. Essa foi uma questão básica (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Critério confirmado por Ronaldo Jacobina:

*[...] Quando ele perguntava a respeito de uma pessoa, queria a característica de ação política, a qualidade técnica [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Percebe-se que, para formar uma equipe de dirigentes capazes de assumir as propostas de governo para a saúde, o critério de compromisso com a RS direcionava a seleção do grupo técnico para compor o quadro da gestão entre os egressos do Mestrado em Saúde Comunitária e dos cursos descentralizados de Saúde Pública. Optou-se, portanto, por selecionar técnicos que tinham formação com características de “quadro”, citado por Jairnilson na entrevista, composto por pessoas que circulavam em torno dos debates, da construção de documentos e divulgação da produção sobre a RS na Bahia.

O relato do secretário revela uma expectativa em constituir um grupo composto de intelectuais orgânicos capaz de desenvolver métodos para romper com uma estrutura organizacional centralizada, autoritária e com um modelo assistencial biomédico. Para tanto, deveria se criar um desenho institucional coerente com os propósitos do novo governo, o que significava instituir uma nova prática política, gerencial e assistencial na Sesab, modificando a correlação de forças entre os poderes político, técnico e administrativo.

O corpo diretivo deveria ser também capaz de agir politicamente para disseminar a nova proposta e ganhar adeptos dentro da burocracia estadual. As evidências apontam para a constituição de uma equipe na Sesab capaz de articular

novos saberes no campo da saúde, conduzir à reestruturação político-institucional e promover a reorganização da prestação das ações e serviços de saúde.

Luiz Umberto, ao lembrar sobre o período em que foi secretário da Saúde, fez um relato extenso sobre o momento inicial da indicação de pessoas para cargos diretivos, o que gerou conflitos de interesses, que além de durarem quase todo o primeiro ano de governo, em alguns casos repercutiram ao longo dos dois anos da sua gestão. Sobre a escolha da equipe afirma:

*[...] minha luta pra não deixar que a interferência da chamada distribuição de cargos (por critérios político partidário) ocorresse. Havia um critério no governo que era que os (deputados) mais votados indicariam (as pessoas para cargos) em cada cidade. E eu acho que em Salvador (onde cotas de indicação de cargos foram distribuídas entre os deputados mais votados, principalmente as cotas dos maiores hospitais e dos centros de saúde) [...]. Eu sei que houve uma luta dura pra gente frear a possibilidade de entrada pelas indicações (política partidárias) [...](LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Sobre estes critérios de distribuição das cotas de cargos entre os políticos<sup>34</sup>, encontrei no jornal A Tarde uma série de reportagens sobre as negociações do que caberia a cada partido/políticos. Através destas, foi possível identificar conflitos através da existência de negociações que se arrastaram por meses. Esta situação é incoerente com um governo que prometia grandes mudanças no estado, e, portanto, era imprescindível criar condições para que estas se processassem.

A demora nas indicações para os cargos se explica pela característica da política oposicionista que garantiu a vitória do governador eleito em 1986, apontada por Dantas Neto (2003). Segundo este autor, esta política não tinha definição programática, por ter como atores políticos pessoas procedentes de vários partidos, que não construíram um programa de governo comum. A consequência foi seus representantes eleitos, ao buscar cumprir o papel de mediação entre sociedade e Estado, para formação da agenda pública, defender interesses muito diversificados, como por exemplo, o loteamento de cargos na burocracia estadual. O grupo político que constituía o Governo Democrático assumiu um pacto conjuntural de acordo único para impor uma derrota eleitoral ao grupo dominante. O Governador Waldir Pires relatou uma situação ilustrativa desta perspectiva:

---

<sup>34</sup> A expressão distribuição das cotas se refere a prática de definir os chamados cargos de confiança. Este processo se constitui em nomear servidores públicos ou não para ocupar na burocracia estatal funções de gestão de superintendências, diretorias e setores, além de coordenação de equipe, acompanhamento de processos administrativos, inclusive secretariar cargos diretivos. A forma de indicar estas pessoas se dá pela divisão de cotas destes cargos entre os políticos eleitos e seus partidos, cabendo-lhes um quantitativo de indicações, o que se convencionou chamar de cotas ou loteamento de cargos.

*No plano político em geral quando eu voltei do exílio até haver anistia eu não vim pra Bahia, eu fiquei no Rio [...] Quando veio a anistia eu vim para Bahia, e eu tinha sido o último candidato de uma eleição livre na Bahia, em 1962 contra (Antônio) Lomanto não é. [...] era uma convicção pra mim, é absoluta, era preciso derrotar a ditadura aqui e derrotar de que forma? Derrotar politicamente, derrotar com voto. Como o pessoal tinha ficado assim com uma boa impressão nossa na campanha de 62, [...] de forma que eu fui recebendo os apoios de todos quantos estavam se tornando [...] adversários do poder dominante. Naquela ocasião era Antonio Carlos (Magalhães) que dirigia a política da Bahia, então ele tinha uma porção de gente já incompatibilizada com ele. Um deles, por exemplo, eu me lembro..... Eu era Ministro da Previdência (Social). Um dia eu recebi um pedido de audiência do senador Juthay (Magalhães). Aí chamei meu auxiliar, meu assistente de Gabinete: Me faça um levantamento das coisas... o senador Juthay me pediu uma audiência com urgência. [...] Ele era senador e estava rompido com Antonio Carlos. Ele chegou na audiência não quis nem sentar, isso foi mais ou menos assim setembro, outubro de 1985 [...] De modo que Juthay chegou e disse não... (ao ser convidado para sentar e segue falando) "Não precisa Ministro é coisa rápida, é coisa rápida..." e eu disse a ele: Não, não, mas senta aqui a pouco, dois minutos, três minutos e tal sente. [...] (o Senador Juthay em pé fala) "Eu vim aqui numa coisa muito rápida, muito... eu vim aqui lhe dizer que tô convencido, porque eu corri todo estado (da Bahia) e se o senhor for candidato ao governo, o senhor ganha a eleição, e eu acho que o senhor deve ser candidato". Nós nos conhecíamos de nome, nós nunca conversamos [...] eu tinha levado vinte e um anos fora de tudo (exilado) [...]. Vinte e um anos da ditadura não conhecia muita gente, nunca tinha conversado com ele, sabia de nome etc., (Waldir continua lembrando da conversa com o senador) "Pois eu vim aqui pra lhe dizer isso [...] seja candidato ao governo, se for candidato a governo eu vou apoiar, ponha na sua caderneta que o meu apoio o senhor tem, então não vou conversar mais nada". Então todo apoio foi assim não é? O próprio Nilo Coelho (vice governador eleito em 1986) eu não conhecia e era bem mais moço do que eu, ele era prefeito de Guanambi e quem me apresentou foi Pedral Sampaio, meu companheiro [...] (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

Esta forma de articular um coligação político partidária fez com que, após a vitória eleitoral, fosse instalada a convivência de uma proposta de mudança com as velhas práticas do sistema político brasileiro, baseadas na troca de favores que, segundo Moraes (2003), está presente desde a época colonial.

Uma das "moedas de troca" é a ocupação do aparelho de Estado, que, para Arouca (1982), constitui-se, em si mesmo, num crucial fator de poder, cujo controle assegura diretamente a possibilidade de domínio sobre outros homens e é, portanto, um decisivo objeto de interação estratégica. No governo Waldir Pires, a disputa é por ocupação dos cargos como uma forma de se posicionar em local privilegiado no domínio da máquina pública, já que nos dois anos vindouros ocorreria eleições para os governos municipais.

Como a opção do Movimento Sanitário na Bahia, naquele momento, foi através da Sesab para promover mudanças na Saúde, era crucial a ocupação dos

cargos nesta organização por agentes capazes de promovê-las. Isto vai fazer parte do jogo de interesses que resultará em um dos grandes constrangimentos entre os propósitos do governo para a saúde e esta organização (TESTA, 1992).

No final do primeiro ano do governo (1987), o assunto do loteamento dos cargos já não estava na divulgação midiática, sugerindo uma acomodação entre os grupos de interesses. O governador se referiu a este processo:

*Eu também intransigi muito pouco nas alianças [...] a partir de uma concepção da política que era essencialmente a negação de todos os hábitos da ditadura, não é? Eu não admiti, digamos, um jogo de pressões para fazer nomeações, transferências etc. [...] (WALDIR PIRES, 29/11/2010).*

Mas, também revelou um entendimento que, para manter a capacidade de governo, na perspectiva argumentada por Matus, utilizada por PAIM (2002), fez algumas concessões para não promover rupturas:

*[...] Você não faz processos radicais não é, ninguém faz, em nenhum país nunca se fez, é uma coisa difícil assim..., na saúde não é. [...] nós seguramos bastante isso [...] (WALDIR PIRES, 29/11/2010).*

Com estas colocações do Governador, pude perceber uma hesitação em afirmar que o governo instalado em 1987 mudou a lógica de conduzir a burocracia estatal. Entretanto, pelos menos em um primeiro momento, quando se processou a escolha dos cargos na administração central da Sesab, outros entrevistados como Luiz Umberto, Jairnilson Paim e Ronaldo Jacobina relataram um rompimento com a lógica do loteamento dos cargos.

Jairnilson Paim lembra como aconteceu na Sesab:

*Do ponto de vista partidário eu não sou a pessoa mais indicada (para fazer a análise da influência ou participação dos partidos políticos na distribuição de cargos), mas pensando na sociedade como todo, acho que teve um amplo espaço, na própria conformação do governo da saúde, quer dizer, na secretaria da saúde [...] no âmbito da direção central da secretaria, em que as questões políticas partidárias foram mais contidas. No âmbito central da secretaria da saúde ele (Luiz Umberto) contemplou quadros competentes, quadros sérios do PC do B [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Luiz Umberto afirma:

*O primeiro escalão não, o primeiro escalão foi um trabalho mais aqui mesmo, todo ele foi montado, quer dizer oitenta à noventa por cento não entrou na jogada política (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

É mesmo Luiz Umberto que faz um relato extenso do todos os mecanismos utilizados para compor a equipe que atuaria em cargos na administração central. O critério predominante era ter um saber sobre Saúde Pública. Entretanto, também se referiu ao processo de negociação envolvido na escolha dos cargos, em que atuou com um estilo muito próprio, buscando separar o seu papel de gestor máximo da saúde do de líder de lutas corporativas e da sua carreira parlamentar.

Descrevo, a seguir, algumas destas negociações para desvelar interesses diversos e nem sempre visíveis na intensa mobilização durante a campanha eleitoral para eleição do governador Waldir Pires.

*A BAHIAFARMA, que era estratégico pra gente e que eu lutei o tempo todo para não permitir uma nomeação (na lógica das cotas), até que eu consegui uma articulação nacional que foi a possibilidade... Zé (José) Alberto Hermogenes que era [...] secretário geral do Ministério da Saúde. Roberto Santos era o ministro nessa altura, nós negociamos. Não me envolvi com o ministro, com nada, apenas coloquei pra o governador: Olhe, é prioritário tem que fechar isso, não pode entregar a ninguém, que um negócio desse vai virar um fisiologismo, um clientelismo barato. Aí no caso ele conseguiu nomear. Então veio como se fosse uma indicação do próprio ministro [...] conseguimos fechar, que aí passou a ser para o governador a indicação minha [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

O profissional indicado atendia ao critério básico estabelecido para a escolha dos dirigentes e técnicos do âmbito central da Sesab. Tinha também uma bagagem de lutas dentro do Ministério da Saúde, que neste momento protagoniza com o Inamps uma polêmica sobre a unificação dos serviços de saúde no primeiro, inclusive com opiniões divergentes até entre algumas lideranças do movimento nacional (RODRIGUES NETO, 1997; FALEIROS, 2006). Por se tratar de uma empresa estatal que produzia medicamentos, o caráter estratégico referido por Luiz Umberto provavelmente se devia ao controle de uma empresa que produzia um dos insumos importantes para cumprir o programa de governo. Entretanto, medicamentos também se constituem em um dos produtos que servem de barganha para interesses eleitoreiros.

Sobre este caráter estratégico quanto ao uso “da máquina do governo”, o relato do Secretário destaca o preenchimento dos cargos da Assessoria de Planejamento (Asplan):

*Nós conseguimos tudo. Porque ninguém tinha interesse nela. Essa aí preenchemos sem nenhum problema, lógico que já tínhamos gente lá dentro trabalhando, alguns ficaram, outros não, saíram. Teve as*

*assessorias que era uma coisa própria minha (da sua confiança pessoal)  
(LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Este desinteresse provavelmente se dava por conta do papel desempenhado pelo planejamento enquanto instrumento para subsidiar decisões. Embora se registre na Sesab a existência de textos (planos, programas e projetos), estes até então eram elaborados de forma centralizada, em processos verticais e com finalidade de captar recursos ou atender às demandas da esfera federal (PAIM, 2002). Não significava, pelos menos do ponto de vista dos interesses políticos, produtos que pudessem servir de barganha para troca de favores ou votos. Internamente, na Sesab, estes textos eram privativos de quem exercia o poder técnico e administrativo no controle dos programas, que se situavam fora do setor de planejamento (KALIL, 1983; SADER, 1983).

Segundo Paim (2002), somente a partir das AIS no estado da Bahia apresenta-se uma nova perspectiva para o uso do planejamento como instrumento político-ideológico capaz de influenciar na mudanças propostas pelo projeto da Reforma Sanitária. Neste estudo, considero as AIS como um programa de abertura (TESTA, 1995) para a implantação da RS. Entretanto, considerando a participação restrita da Sesab nas AIS, analisada no item 4, atribuo também a este fato a não existência de conflito no preenchimento dos cargos para a Asplan.

Por outro lado, a possibilidade de nomeação imediata da farmacêutica/sanitarista Maria do Carmo Lessa Guimarães como assessora chefe e o preenchimento dos demais cargos da Asplan, possibilitou a consonância entre o tempo político e o tempo técnico (TESTA, 1995) para os resultados apontados por Paim (2002, p.418):

A opção política e metodológica pelo planejamento estratégico passou pela busca de realizar propostas de *crescimento* (mediante adesão pioneira ao Suds), de *mudança* (ampliação da participação dos trabalhadores do setor e organizações da sociedade civil) e de legitimação (busca de apoio na mídia, transparência, publicidade e “projetos-demonstração” como os distritos sanitários e o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – Cesat).

Ainda como resultados, o autor ressalta a democratização do processo de planejamento propiciado pela Asplan ao articular-se com a CIS, o Conselho Estadual de Saúde (CES) e as Dires. Produziram-se ferramentas de programação como: o plano trimestral de trabalho (PTT) e a POI articulada com o Plano Estadual de

Saúde de 1988/1991. Destaco que, de acordo com os relatórios, estes textos e instrumentos passam a ser utilizados como ferramentas de gestão (BAHIA, 1987e; 1988b).

Uma situação completamente diversa se instalou para indicação da Superintendência de Assistência a Saúde, setor que respondia pela coordenação de toda rede de serviços hospitalar e ambulatorial. Luiz Umberto (14/12/2009) refere como “[...] Um dos outros grandes conflitos foi a Coordenadoria de Saúde (referindo-se a Superintendência)”. Segundo o Secretário, esta era estratégica e no enfrentamento para indicação da superintendente e os demais cargos ele diz: “[...] eu ganhei alguns inimigos”.

Observa-se que os conflitos decorreram por se tratar de uma estrutura na Sesab que aglutinava a rede de serviços que respondiam as demandas da população para atendimento à saúde. Como o modelo assistencial centrava-se na assistência médica, este era o “setor mais visível” pela população da presença da rede estatal de saúde. A oferta deste tipo de assistência se constituía no mecanismo pelo qual o grupo no poder, até então, buscava sua legitimidade junto à população. Significava, portanto, que a gestão da Superintendência e controle dos cargos e rede de serviços a ela subordinados representava um forte instrumento de poder político, daí a amplitude dos conflitos descritos pelo Secretário.

A indicação para esta Superintendência gerou vários atritos. Um deles com um grupo político:

*Nessa passagem se teve dificuldades porque era um grupo forte, mas só que o grupo forte indicou uma pessoa que não tinha passagem na saúde pública, na luta da Reforma Sanitária, e aí precisava de alguém com peso pra isso, que é uma articulação mais política, dentro da questão não partidária, política no sentido da Reforma Sanitária [...]. Isso foi uma luta dura [...] entrou em um certo nível de atrito comigo e com o grupo, mas foi resolvido, que era um grupo mais forte, mais tradicional, que era o grupo de (Vitória da) Conquista. Eles sabiam que eu não estava ali pra indicação fisiológica, então conversamos e eles inclusive não criaram maior pressão. O cargo então pode ser nomeado, depois de uns seis meses conseguimos superar e nomeamos. Era um dos cargos-chave. E assim nós fomos fazendo com todos os cargos-chave entende? Então é uma postura, não é uma postura de troca [...]. (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Uma outra pressão na indicação para esta Superintendência veio de pessoas que já exerciam a função diretiva na Sesab no governo anterior. Tratava-se de servidores que ocupavam cargos e defendiam a gestão anterior do grupo que estava há 30 anos no controle da burocracia estadual. Dito, assim, por Luiz Umberto

(14/12/2009): “[...] assinou nota lá com outro candidato que disputou (de apoio a Josaphat Marinho) afirmando que ele era ligado ao grupo Carlista [...]”.

Embora Luiz Umberto afirme que não havia restrições:

*E a pessoa, se fosse uma pessoa tecnicamente preparada então não teria problema nenhum. Não, não teria, podia assumir [...], agora contanto que ele tivesse os compromissos que nós estávamos disputando nos espaços públicos, os compromissos de uma reformulação na política de saúde no estado da Bahia (LUIZ UMBERTO 14/12/2009)*

Ele mesmo pondera que uma indicação desta procedência não seria aceita pelo conjunto de partidos e correligionários que compuseram a frente única contra o carlismo: “Então numa base de Waldir eu perderia todo apoio, se eu dissesse fulano entrou, e é um carlista típico [...]”.

O ocorrido foi que estes servidores não foram convidados para assumir funções na nova gestão, segundo Luiz Umberto, por não se adequarem ao perfil desejado. Entretanto, o tempo gasto com as negociações permitiu a permanência destes servidores na expectativa de continuar no controle da rede de serviços. Como estes, pelas características dos governos anteriores, controlavam processos internos para o funcionamento da Sesab, esta situação pode ter alimentado focos de resistência às mudanças que começaram a se processar.

Finalmente, como ressaltou o Secretário, após seis meses, foi indicada para Superintendente a enfermeira Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, proveniente dos quadros do Inamps. Aí residiu um dos principais encontros contra interesses consolidados, representados tanto por técnicos que ocupavam este espaço por muito tempo como pela categoria médica. Significava a nomeação de uma mulher, enfermeira, não servidora da Sesab, mas que reunia as qualificações técnico-políticas definidas para o cargo, rompendo com a lógica de nomeação vigente desde a criação da primeira estrutura estadual para gestão da saúde, em 1925. Até então, este cargo era de domínio de médicos e homens.

A posição de indicação por critérios de organicidade com a RS também foi sustentada para as unidades hospitalares como refere Jairnilson Paim, (01/12/2010):

*A mesma coisa em relação a direção de hospitais, grandes hospitais na Bahia, em que ele contemplou figuras no meio médico que tinham uma certa credibilidade, ainda que eventualmente não tivessem inserção partidária. Então, por exemplo, dentro do movimento médico ele contemplou figuras pra ser diretores de hospitais [...]*

Dessa forma, vão se processando as primeiras nomeações, garantindo o critério básico definido. Mas, sustentar esta forma de indicação vai acumulando um desgaste para a gestão do secretário, que vai atingir seu ápice quando da indicação dos cargos do interior do estado para as Dires, os pequenos hospitais e os centros de saúde.

Quanto à indicação partidária, parece óbvio que um governo que ganha uma eleição com propostas tão antagônicas as do antecessor, manter adeptos destes últimos em posições estratégicas não seria viável, mesmo quando o Secretário defende que seria suficiente ter capacidade técnica e adesão à proposta progressista de democratização da saúde. Entretanto, mesmo quando se trata de partidos da coligação que ganhou as eleições, percebe-se claramente a conduta de Luiz Umberto, enquanto gestor da Sesab, de assumir o não aparelhamento do aparato estatal, garantindo que prevalecesse a capacidade técnica e política defendida pelo Movimento Sanitário.

*Quem já estava lá na secretaria foi respeitado com as suas posições, não foi questionado ninguém sobre as posições que defendiam. Agora, os chamados cargos de confiança estratégico não, esses ficaram por indicação (aqui se referindo a indicação por cumprir os critérios por ele estabelecidos em consonância com o movimento sanitário), mas eu não quis saber de partido. [...] entraria sem ter também negociado nada com o partido, nem apoio, nem desapoio, não tem nada a ver, nem nunca chamei ninguém do partido [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Sobre pessoas e sua filiação a partidos políticos, Luiz Umberto tinha como exigência que, ao fazer parte da equipe, a filiação a qualquer linha ideológica não interferisse nas relações internas da Sesab. Sobre esta questão, explicitou como procedia:

*Ele tá aqui como um técnico profissional, uma pessoa de um movimento muito mais amplo, tá acima do partido dele, nessa questão né? Então isso foi sempre feito assim, quer dizer nunca houve esse envolvimento, nem tão pouco o técnico se confundia comigo partidariamente, e não havia essa confusão, tanto que a maioria eu nem sei que partido era, nunca procurei saber (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Explicou que quando acatava a indicação do partido o fazia para dirimir conflitos, entretanto sem abrir mão do critério pré-estabelecido. Citou, como exemplo, a indicação do médico Fernando Donato Vasconcelos para direção da Vigilância Sanitária:

*[...] indicação do partido, mas por competência e compromisso. [...] o pessoal avaliou, eu não conhecia ele, era da política médica. Mas o pessoal avaliou e achou que ele tinha o perfil e tal, veio a sugestão que o partido indicasse (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Ao referir sobre a indicação das áreas administrativa e financeira, já que até então todos os nomes citados são profissionais de saúde, revela ter recorrido a contatos pessoais e não a partidos:

*Eu sei que as pessoas que eu pedi foi Jorge Hage [...], que é deputado que conviveu comigo, uma pessoa séria, honesta, batalhador [...] na Superintendência (Administrativa) aí foi indicação minha, mais já articulando com outros seguimentos. Porque nós não tínhamos dentro da saúde ninguém pra isso, nem tínhamos ninguém assim tão próximo (da área administrativa) com as coisas de saúde. Então nós pegamos mesmo um administrador [...]. Na época o financeiro (o cargo do setor) foi indicado inclusive por Filemon Matos que era o chefe da Casa Civil (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

E, assim, conclui como se processaram as indicações:

*Havia um consenso com o grupo da Reforma Sanitária, eu não trabalhei com a formulação corporativa, tanto que tinha gente de enfermagem, tinha gente de todo campo, mas não foi indicação necessariamente do sindicato, das associações (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

A maneira como Luiz Umberto conduziu a indicação de pessoas para a equipe diretiva, além provocar conflitos com interesses políticos partidárias, também enfrentou resistência por entidades médicas, principalmente quando sentiram ameaçadas na “reserva” dos cargos historicamente privativos a categoria, despertando reações corporativas. Estas reações foram lembradas por Jairnilson Paim (01/12/2010):

*Mas a partir dessa conformação do governo é bem possível que vários segmentos fossem preteridos, e esses segmentos preteridos eventualmente se transformam em oponentes. Me lembro, por exemplo [...] quando nós bancamos que uma diretora de unidade de saúde fosse enfermeira (trata-se da indicação de Núria Gomes para dirigir o 4º Centro de Saúde), nós compramos uma briga com os médicos particularmente o conselho, o Cremeb não é, e um pouco do segmento da ABM. Não tanto, porque Jacobina era presidente, absorveu um pouquinho, mas ele sofreu pressões contra isso. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

É o próprio Ronaldo Jacobina, presidente da ABM na época, quem relata este episódio ao referir a reação devido a indicação de profissionais não médicos.

*[...] então teve essa construção da equipe, agora uma equipe que teve a coragem de não centrar de novo no modelo dos médicos que era uma tradição anterior dos assessores todos médicos, então a Helô (Heloniza Costa), a Maria do Carmo (Lessa Guimarães) que é farmacêutica, quer*

*dizer, são nomeadas pessoas de saúde, da área de saúde (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Como descrito no item 5, durante a conformação do Movimento Sanitário na Bahia estabeleceu-se um acordo de articulação entre as entidades de saúde, ocasião em que as de Enfermagem tinham presença atuante. Nestas articulações se defendia além das questões trabalhistas, principalmente as propostas para a Reforma Sanitária brasileira.

A reação quanto à composição de uma equipe multidisciplinar em cargos diretivos na Sesab evidenciou que a articulação das entidades de saúde foi apenas conjuntural e que sua estabilidade estava condicionada a não ferir interesses corporativos. Ou seja, alguns atores interagiram em um campo não conflitivo de formulação das propostas da RS, enquanto a diversidade de interesses próprios das relações de poder entre categorias profissionais estava diluída na oposição em bloco ao governo carlista. Naquela ocasião, as direções das entidades aceitavam todas as formulações para o conceito ampliado de saúde e das necessidades de mudanças nas práticas assistências. No momento em que torna realidade a possibilidade de reformulação do modelo assistencial e incorporação de várias categorias de profissionais, observa-se a supremacia dos interesses corporativos, como relata Ronaldo Jacobina (25/11/2010).

*Eu me lembro de uma discussão quando nomeou no 4º Centro (de Saúde) uma enfermeira [...] O Celso Cotrim, presidente do sindicato dos médicos, ele questionando. Aí numa reunião dentro da ABM cheia de médico. Quando chegou pra eu falar, eu digo: olha, eu vou contrariar um pouco aqui [...] eu vou remar contra a corrente aqui de vocês [...]. Aí fez um silêncio, não me vaiaram foi incrível, silencieei eles [...] aí o Celso (Cotrim) olhou pra mim e disse: mais acho que pode ser pertinente acabar com essa história [...].*

Mesmo com as resistências seguiu-se nomeando enfermeiras, assistentes sociais, odontólogos, bioquímicos etc. para cargos diretivos da estrutura administrativa da Sesab. O fato de não acabar com a “história”, que significava não nomear profissionais não médicos, fez a Sesab ocupar espaços na mídia sempre apontando as dificuldades no atendimento a população. Como assinala Jairnilson Paim (2002), representantes de entidades médicas faziam-se acompanhar da imprensa para denunciar falhas no atendimento das unidades de saúde da rede estadual, que, por certo, enfrentava dificuldades para garantir atendimento à

população, embora nunca tenham procedido da mesma forma com o hospital gerido pela esfera federal, nem com a rede privada.

Democratizar a saúde por “dentro do Estado” significava a ocupação dos lugares na estrutura burocrática da Sesab com pessoas capazes de atuar como agentes políticos e técnicos, modificando os processos de trabalho internamente (na Sesab) e externamente (articulação para a conformação do sistema estadual de saúde), promovendo a ruptura com as práticas estabelecidas e mudando as relações de poder. Compor a equipe do nível central da Sesab foi uma tarefa que durou quase todo o primeiro ano de governo, perdendo-se tempo político para garantir apoio ao processo de mudança na Sesab. Por outro lado, a equipe que inicia a gestão com Luiz Umberto, mesmo tendo algumas pessoas que ainda não tinham nomeação formal, envida esforços para implementar novos procedimentos e promover mudanças para alcançar os objetivos definidos no Plano de Governo. O Secretário ressalta a característica desta equipe:

*Não tinha diferença de partido, o grupo era coeso, pelo caso da proposta da Reforma Sanitária [...] essa foi uma das condições minhas porque nós estamos aqui pra Saúde Pública. É do público, não é nossa!! (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Mas a Sesab tem uma estrutura administrativa complexa, que aglutina uma grande rede de unidades espalhada por 368 municípios, além de instâncias regionais que necessitam de cargos para coordenar sua administração. Os conflitos para compor a estrutura administrativa com cargos passam a ser pontos na agenda diária do Secretário. Diferentemente das negociações para a equipe diretiva da estrutura central, o acirramento dos conflitos vão se instalar para nomeação de cargos das Dires e das unidades de saúde localizadas no interior do estado. Os entrevistados referem uma divisão dos cargos por critérios partidários, apesar da resistência intransigente do Secretário que falou sobre esta situação:

*Até porque eu era contra, eu não nomeei (nenhum cargo) como deputado mais votado; na época eu renunciei a minha indicação. Eu era contra a nomeação de cargo dessa forma aleatória. Eu dizia que todo mundo que tem uma representação popular pode indicar nomes, não precisando tá taxado qual é o lugar. Foi a minha discordância na época ao que se convencionou chamar loteamento de cargo pela oposição, na época de Antônio Carlos (Magalhães). Eu achei um equívoco no governo dele essa questão. Aí eu declarei que eu não faria na mesma ótica, quando eu entrei pra ser secretário eu não trabalharia com minha vertente parlamentar [...] (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Embora resista, esta forma de divisão fez parte dos acordos com o governador quando da sua nomeação.

*Começa a busca de cargo [...] eu tive até uma reunião com o pessoal (os parlamentares). Até me chateeí um pouco, já tinha dado explicação [...]; isso os deputados em cima, em cima de cargo querendo botar pressão no governador [...]. O governador não ia querer brigar porque se tivesse candidato importante (detentor de muitos votos) [...] ele não ia perder (o apoio) por causa de um cargo na Secretaria de Saúde, lógico né? (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

As Dires, enquanto instância regional, detinha um relativo poder técnico e administrativo que possibilitava o funcionamento de uma rede de serviços ambulatoriais, além da relação direta com os municípios<sup>35</sup>, tornando-se de grande importância para a disputa das eleições municipais e conseqüentemente, na manutenção ou ampliação das bases eleitorais de deputados.

*Tinha alguns outros cargos que era muito complicado, um deles é o da 1ª Dires que era estratégica, a Região Metropolitana. Este também existiu uma disputa direta desses mais votados [...] aí no caso nós tivemos que deixar o cargo vago e ficou como em substituição, a pessoa que ficou, ficou foi até Chico (Francisco) Moura [...] isso foi uma guerra, queriam o cargo, eu dizia: eu não posso dar cargo a ninguém e aí não adianta que as pessoas não entendem né? [...] então nós deixamos que o lugar ficasse vago pra não chamar atenção, entrou no esquecimento que foi um certo acordo que eu fiz com o governador, quer dizer eu não aceitaria a dominação política para os principais cargos, isso foi declarado. (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Mesmo considerando que a estratégia de esperar passar o “furor” da busca de cargos, sem definir o diretor da 1ª Dires, conseguiu o Secretário manter neste espaço condições temporárias para as modificações. Esta não foi uma estratégia positiva para a condução do grupo dirigente da Sesab. Isto porque uma diretoria que deveria articular uma rede de centros e postos de saúde, além das ações de vigilância epidemiológica e sanitária na capital e seu entorno, ter um gestor provisório enfraqueceu a legitimidade da 1ª Dires para dirigir este processo, que exigia o enfrentamento de mudanças profundas.

Reorientar o modelo assistencial de atenção à saúde, naquele momento, significava estabelecer um tensionamento entre o instituído e o instituinte. O Movimento Sanitário, ao apostar na democratização da saúde através da Sesab, deveria instituir sujeitos em cargos que fossem capazes de liderar uma equipe e

<sup>35</sup> A relação com os municípios tinha aspectos de subordinação pela forma de condução centralizada na política estadual do governo, e também na saúde, que embora tenha reativado o movimento municipalista da saúde após o fim da ditadura militar, na Bahia, a municipalização não fazia parte do discurso do Governador Waldir Pires. Por outro lado, a implantação das AIS, que poderia propiciar alguma autonomia aos municípios teve abrangência limitada no estado.

desenvolver processos, que, a partir da relação entre organização, método e propósito de governo, fizessem o rompimento com a estrutura organizacional estabelecida e criassem um desenho institucional mais coerente com o propósito do governo, que iniciou em março de 1986. Para garantir este novo desenho, Testa (1992; 2000) preconiza que a instituição deve validar as decisões destes sujeitos e, por outro lado, estes tomam as decisões baseadas na representação de seu meio institucional. Os sujeitos dirigentes na 1ª Dires não foram capazes de tal tarefa.

Já nas outras vinte e seis regionais, o processo acontece à revelia dos critérios estabelecidos por Luiz Umberto para a composição dos cargos no novo governo, como ele mesmo relata:

*[...] do interior nós tivemos que deixar o critério (de cotas para os deputados e partidos) [...]. Foi uma negociação também com o governo, nós não podíamos exigir, senão o governo todo ia brigar [...], eles achavam que eu estava controlando eleitoralmente, né? [...] as diretorias regionais do interior, essa não pudemos [interferir nos critérios para a indicação dos cargos dirigentes]. Aí que foi a coisa mais terrível, eu cheguei a botar pra fora uns dois ou três e inclusive em Vitória da Conquista. Novamente eu tive que enfrentar os velhos companheiros da luta contra a ditadura, né? (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Com essas nomeações reproduzem-se os procedimentos até então hegemônicos na administração pública estadual do uso critérios clientelistas para distribuição de cargos gerando, segundo Paim (2002), distorções ao manter ou indicar pessoas ligadas ao grupo derrotado nas eleições em cargos diretivos. Detentores de poder administrativo por manejar recursos estaduais e poder político local, estes diretores vão reforçar as condutas e normas instituídas, além de comandar os seus agentes/aliados, reagindo e colocando uma barreira quase intransponível para a entrada do que deveria ser instituinte: os propósitos do novo governo. Vai prevalecer o que Testa (1992, p.113) denomina determinação histórica, o que para este autor quanto maior for o peso desta, “[...] maior será a estabilidade e o conservadorismo (interno) de uma instituição”. Este foi o caso da escolha dos dirigentes das Dires na Bahia: prevaleceram os elementos da determinação histórica tradicional da política baiana.

Quanto aos métodos usados pelo grupo dirigente da Sesab para o alcance dos propósitos do governo na Saúde, verifica-se a opção política e metodológica do Planejamento Estratégico Situacional (PAIM, 2002), com a especificidade de estar na administração central da Sesab uma equipe diretiva que detinha o conhecimento

do seu uso. Estes aportes teórico-metodológicos foram utilizados pela Asplan, como já descrito anteriormente.

Na busca de cumprir os propósitos do governo da Saúde, identifiquei dois planos de ação: um guiado para o exercício da democracia na gestão da Sesab e outro para modificações organizacionais para contrapor-se ao modelo assistencial vigente, caracterizado como autoritário, fragmentado institucional e assistencialmente, baseado em programas verticais, centralizado e apoiado no planejamento normativo.

Com a implantação das AIS na Bahia, em 1985, foi exigida a construção de espaços de discussões colegiadas com incorporação de vários atores para deliberarem sobre a questão da saúde. Como desdobramento, foram instaladas a CIS e algumas Cris e Cims, iniciando um processo de rompimento com o isolamento ao qual a sociedade tinha sido condenada em relação ao aparelho de Estado do setor saúde na Bahia.

Apesar da abertura desses espaços, identifica-se uma participação incipiente dos movimentos sociais nas AIS, como também pouca capacidade para garantir a implantação das decisões (FLORES, 1991). Entretanto, reconheço que este é o início de um processo de mudança na saúde e considero esta estratégia como um programa de abertura (TESTA, 1992) para a implantação da RS na Bahia.

A CIS existia formalmente. Entretanto, funcionava sem regularidade e tinha uma composição restrita. A Sesab tinha presença eventual na CIS, o que é compreensível, por se tratar de um governo avesso a processos participativos (FLORES, 1991).

A gestão da Sesab, no período entre março de 1987 e maio de 1989, ao declarar seu propósito fundamental de democratizar a saúde, buscou a materialização deste através de um conjunto de mecanismos para garantir o exercício dos princípios democráticos na tomada de decisão sobre a política estadual de saúde.

Ampliar a participação de atores e estabelecer alianças e estratégias para potencializar o poder político (TESTA, 1992) foi uma das primeiras estratégias de Luiz Umberto:

*O modelo que nós tomamos foi o modelo da redemocratização que era o que se discutia: redemocratização como estratégia. O que nós fizemos foi já nos primeiros meses da gestão reunir com todas as entidades, foram mais*

*de 40 entidades, sindicatos dos trabalhadores, centrais sindicais, comunitárias, de saúde, todos os segmentos interessados, a igreja, pastoral da criança, (Central Geral dos Trabalhadores) CGT, tudo que existia e tivesse a ver com saúde, nós tivemos mais de 40, 50 entidades, para discutir primeiro os problemas [...] (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Neste primeiro momento, realiza-se uma série de reuniões e debates (BAHIA, 1987), onde se desenham os mecanismos para identificar as necessidades de saúde da população e estimular expressões que as convertessem em demandas para a política de saúde estadual. Entretanto, a perspectiva do novo secretário é de garantir um mecanismo formal que permitisse o estabelecimento de negociação política permanente para a transformação do sistema estadual de saúde.

*Fizemos uma reunião também ampla para definir o que seria o Conselho Estadual de Saúde, com a determinação também de ser paritário, deliberativo, que aí a Bahia também avançou e foi pioneiro nisso (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

O resultado foi a criação do Conselho Estadual de Saúde (CES), no bojo do Convênio 232/87, instrumento legal de adesão do governo da Bahia ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)<sup>36</sup>. O CES/BA, com composição paritária entre gestores, prestadores e usuários do sistema estadual da saúde, passa a ser o órgão deliberativo para a gestão Suds/BA (BAHIA, 1987b; 1987c).

Dado que era uma das responsabilidades do estado operar o convênio Suds/BA, foi formalizada a composição do CES/BA após um processo de negociação estimulado pela Sesab, que convocou as reuniões. Ao perguntar a Luiz Umberto sobre a composição do CES/BA, a resposta foi que as pessoas foram “[...] escolhidas dentro de uma assembléia de entidades [...]”, e segue relatando:

*Então é o seguinte, esse processo então foi discutido, as pessoas discutiram, foi claramente aberto. Foi um conjunto de entidades, eu me lembro uma das reuniões que eu fui participar, tinha quarenta entidades, uma coisa ampla [...]; ali se discutia o critério (para participar do conselho). [...] Eu me lembro, a Federação (das Associações de Bairros de Salvador), a CUT (Central Única dos Trabalhadores), a pastoral da saúde pela*

---

<sup>36</sup> Em 1987, a Direção Geral do Inamps articulada com a Secretaria de Serviços Médicos da Previdência Social lançam através do Decreto nº 94.657/87 os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), transferindo as Secretarias Estaduais de Saúde, que “estadualizaram” o Inamps, transferindo aos Secretários Estaduais de Saúde a gerência de seus recursos em cada unidade da Federação (TEIRXEIRA, 1995, p.38).

*legitimidade que tinham. Eu não me lembro, mas tinham mais outras, tinham algumas secretarias que eram representadas por ser correlatas: negócio de Meio Ambiente, Reforma Agrária; tinham algumas secretarias que participavam. Mais eu sei que isso foi feito como um grande acordo, um consenso né? [...].*

Por se tratar de uma participação por representação que aglutinava vários atores para um tipo de seguimento, como por exemplo, os usuários, alguns membros do CES/BA eram atores com interesses distintos. Para permitir a alternância das entidades dentro de cada seguimento também houve consenso:

*Mas havia o rodízio, então eu não sei como é que eles fizeram, eu não me lembro mais. Então a pessoa participava tal pra dar chance a todos. Só de entidade da saúde eram muitas as entidades, mais parece que tinham centros permanentes (refere-se a fóruns de discussão de determinados grupos de entidades) [...]. (LUIZ UMBERTO 14/12/2009).*

Ronaldo Jacobina é quem detalha como era o processo de definir o rodízio de representação das entidades no CES/BA:

*Aí eu lancei a idéia de uma Plenária de Saúde, [...]. Em (19)86, (19)87 [...] eu estava na frente do movimento sindical [...]. Fizemos outra convocação e aí apareceu enfermagem, odontologia, se não me engano. Enfermagem compartilha conosco, entendeu? Porque tinha duas representações e duas suplências. [...] Eu tinha representação, estava representando os profissionais de saúde, já tinha sido escolhido pela plenária e tinha uma outra pessoa não sei se era Cristina (Maria Meira de Melo, na época presidente do Sindicato dos Enfermeiros) (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Foi nessa interação que se constituíram as coalizões que buscavam as transformações na estrutura de poder político da saúde na Bahia. Mas, um dos maiores antagonistas às propostas de mudança, não se fazia presente:

*Menos quem não compareceu das associações, lógico!!!, não me lembro das associações dos hospitais (representação da rede privada hospitalar), porque a posição (do secretário) era muito clara, com a questão pública [...]. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Luiz Umberto (14/12/2009), em outro momento da entrevista, afirma que, durante sua gestão na Sesab, “eu nunca fui visitado pelas associações dos hospitais privados da Bahia, nunca me procuraram, nem nenhum serviço privado [...]”.

E segue argumentando:

*Este processo foi feito (sobre a criação do CES/BA), o setor privado nunca teve peso, eles pouco participavam, inclusive, porque eles perceberam a linha política, perceberam tudo, havia uma hegemonia, uma hegemonia nossa, hegemonia de um movimento na época e essa é uma coisa que ficou preservada né? (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Concordo que a ausência deste grupo tem uma fundamentação na postura ideológica e política de Luiz Umberto e na defesa intransigente (termo frequentemente utilizado pelo mesmo nas entrevistas) dos princípios éticos e democráticos do Movimento Sanitário. O enfretoamento de Luiz Umberto com as lideranças deste setor tem raízes desde as lutas pela Reforma Psiquiátrica. No momento em questão, ele está investido no papel da maior autoridade do sistema de saúde estadual, pelo menos de maneira formal. Se os empresários da saúde percebessem o risco real de perda nos seus interesses, talvez procurassem uma aproximação.

Discordo do argumento do Secretário sobre a falta de “peso” do setor privado, termo utilizado como capacidade de influir nas decisões. Quem acrescenta argumentos ao meu contra ponto é o próprio Luiz Umberto, que também afirma: “[...] o Inamps que na época tinha convênio com eles (refere-se ao setor privado), a secretaria não tinha, era o Inamps que tinha, o Ministério da Previdência (Social) era que pagava os serviços deles [...]” (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009). Isto significa que os interesses do setor privado não estavam sendo decididos no CES/BA, nem tampouco na Sesab, o que dispensava a aproximação dos representantes deste setor com o Secretário.

Flores (1991) identificou na CIS a supremacia do Inamps no exercício do poder administrativo e político na implementação das AIS no estado da Bahia. É fato que, esta estratégia, aumentou recursos de investimentos e custeio aos serviços estatais, mas está longe de se afirmar que retirou ou diminuiu recursos para contratação do setor privado contratado pelo Inamps. Desta forma, o CES/BA, cuidando de “questões mais amplas” e a CIS/Ba mais “executiva” (termos usados por Luiz Umberto), expressa uma convivência que não modifica o poder político da Secretaria Estadual da Saúde para lidar com a gestão de todo sistema estadual.

E, finalmente, Luiz Umberto (14/12/2009) fala:

*Mas depois que nós conseguimos, com a passagem do Inamps pra secretaria, aí já foi por uma ação federal, aí que foi perdendo força (a CIS/BA) logicamente.*

A mudança para a Sesab, principalmente do setor denominado de “Contas Médicas”, permitiu algumas injunções para controlar os gastos com o setor privado e incentivar o uso da capacidade instalada do setor público (BAHIA, 1987c). Entretanto, a atualização do cadastro das unidades privadas e, conseqüentemente,

a revisão dos contratos, ficaram intocadas, em virtude do papel que o Inamps exercia no sistema de saúde brasileiro. O lado mais visível do poder deste órgão federal nas instâncias estaduais e municipais vai ser sentido logo no segundo ano do governo da mudança, quando os ajustes políticos do governo Sarney<sup>37</sup> permitem a troca de Paulo Moraes, na direção do Escritório Regional da Bahia, por um dirigente da Associação dos Hospitais, entidade ligada ao setor privado da saúde. Esta troca vai resultar em consequências nefastas para o propósito de implementar um modelo alternativo ao hegemônico na assistência a saúde da população.

Voltando a criação do CES/BA, embora a segurança de Luiz Umberto em definir este espaço como deliberativo, sua composição gerou oposições da facção das entidades que se colocavam contra qualquer aproximação com a burocracia estatal, o que poderia significar perda de autonomia (GERSCHAMAN, 2004). A habilidade em discutir e se posicionar dirimiu os receios de grupos contrários como relembra Luiz Umberto:

*[...] nós estávamos trazendo uma posição em nome de toda uma luta que era fazer paritário e deliberativo. [...] algumas entidades que não quiseram participar achando que iam ser atrelada ao Estado e depois foi revista né? [...] Eles ficarem mais livres, não queriam ficar na tutela do Estado, e mais esse processo também era um aprendizado pra todos nós, inclusive pra mim não é? Quer dizer ninguém tinha experiência com conselho dessa magnitude, dessa ordem e dessa importância e nós estávamos lidando com situações que ainda eram de consolidação, ainda não era legal no País. Inconstitucional porque ainda não tinha sido aprovado na Constituinte. [...] mais tava lá escrita nos grandes debates, nos livros, em todos os projetos da Reforma Sanitária (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009)*

Com a criação do CES/BA, através de portaria da CIS/BA, garante-se uma formalidade, passando este colegiado a ter um funcionamento permanente. Desta forma, é legitimado um espaço para democraticamente decidir sobre os rumos da política estadual de saúde. Com esta ação logo no início da sua gestão na Sesab, Luiz Umberto ganha tempo político para avançar no propósito de modificar a saúde da Bahia (TESTA, 1995).

Como já aponte, para transformação das relações de poder e a mudança na arena política de negociação para uma nova política de saúde, recorreram-se aos princípios do planejamento estratégico situacional como método para absorver as

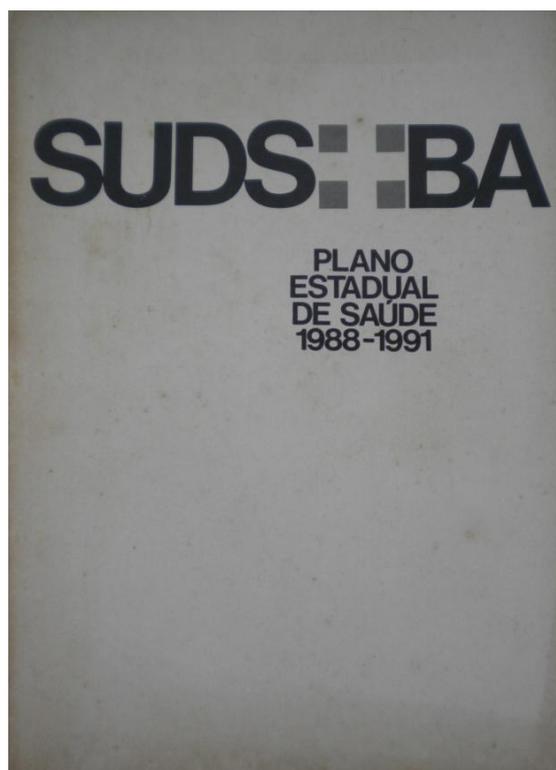
---

<sup>37</sup> O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatistas de um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes.

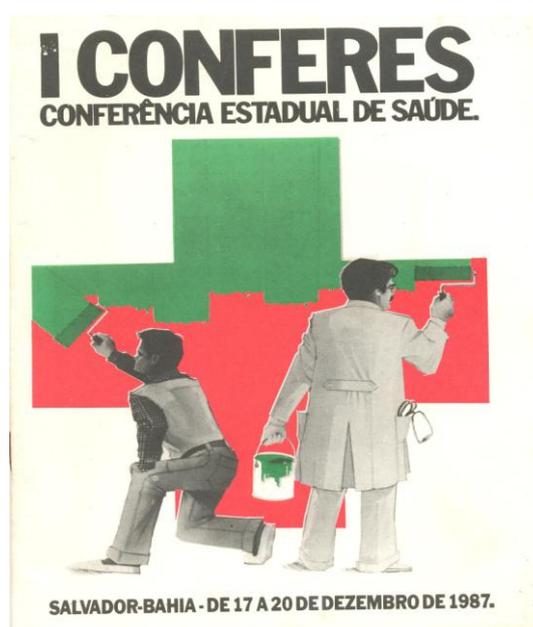
demandas e subsidiar a tomada de decisão. Este método permitiu avançar da fase inicial de implementação do Programa dos 100 dias, para a elaboração de dois instrumentos de gestão, construídos em um processo ascendente, operacionalizado através de oficinas de trabalhos ocorridas desde unidades de saúde, municípios, regionais até o nível central:

- O Plano Estadual de Saúde 1988/1991, que define as dez diretrizes para o estabelecimento da Política Estadual de Saúde. Estas gravitavam em torno do propósito fundamental de garantir os princípios democráticos no setor. (BAHIA, 1987b).
- E a Programação e Orçamentação Integrada de 1988, que traz o detalhamento das diversas operações, inclusive com metas e gastos necessários (BAHIA, 1988a).

Outro espaço de democratização foi a instituição de conferências de saúde, seguindo o modelo da 8ª CNS, com participação de gestores e profissionais de saúde, além de outras entidades e organizações da sociedade. Desse modo, realizou-se a I Conferência Estadual de Saúde (I CONFERES) entre os dias 17 a 20 de dezembro de 1987, oportunidade em que os 700 participantes discutiram o Plano Estadual de Saúde 1988/1991 e o desenvolvimento do Suds. Um dos seus desdobramentos foi a realização da I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (I CONEST). A partir daí, estabelece-se uma regularidade desta forma de participação, realizando-se a II CONFERES, nos dias 15,16,e 17 de dezembro de 1988, com o tema “Avaliação e funcionamento do Suds-Bahia”. Nesta Conferência, cerca de 1.000 participantes discutem as propostas referentes à saúde para serem incorporadas na Constituição estadual, avaliam a experiência acumulada no primeiro ano de governo e apontam os desafios para a consolidação do processo de implementação do Suds no estado (BAHIA, 1987c; BAHIA, 1988b; I CONFERES 1987; II CONFERES, 1988)



**Figura 8** - Plano Estadual de Saúde 1988/1991



**Figura 9** - Relatório final da I Conferência Estadual de Saúde

Todos os documentos institucionais analisados (relatórios anuais e de conferências, plano de saúde e programações integradas) descrevem sua metodologia de elaboração. Fica claro nos textos que se estabeleceu um ambiente de discussões ampliadas desde reuniões em serviços, muitas vezes com presença do Secretário, seminários regionais confluindo para grandes eventos estaduais, expressando a opção por um planejamento de forma ascendente, utilizando como ferramenta metodológica o planejamento estratégico. E, finalmente, as decisões finais ficavam para deliberação do CES/BA.

Este ambiente de discussões revela um modo novo de conduzir a política estadual de saúde no estado, expressado de forma singela no documento apresentação da POI/87 (BAHIA, 1987d) ao se referir à ampliação das discussões “[...] representou uma experiência singular, cativante mesmo, embora não sem um certo nível de ansiedade”. Assim, vão se estabelecendo as regras para a convivência democrática na saúde estadual, como um aprendizado, como se referiu o Secretário, sobre o funcionamento do CES/BA.

Pode-se inferir que a partir de uma prática vai se construindo um conhecimento social sobre a convivência democrática que, segundo Testa (1997, p. 186), “[...] constituyen la base de la permanente resocialización que ocurre en cualquier sociedad, sobre todo en épocas de cambios importantes y profundos [...]”.

Na análise dos documentos Mudar a Bahia Mudando a Saúde, Programa dos 100 dias e Plano Estadual de Saúde 188-1991, identifiquei um segundo propósito com um conjunto de diretrizes a ele associadas. Enquanto o propósito de redemocratização era de natureza política, um segundo propósito se expressa em garantir a qualificação da assistência à saúde através de um modelo de atenção<sup>38</sup> alternativo ao existente. Ressalto, porém, que, nesta forma alternativa, as premissas são os princípios democráticos assumidos pelo gestor da saúde.

Um primeiro passo para viabilizar este propósito está no Programa dos 100 dias (BAHIA, 1987b, p.7) em que a nova gestão decide “[...] assumir as Ações Integradas da Saúde como proposta de base para uma Reforma Sanitária” e o Suds como “aperfeiçoamento das estratégias das AIS visando contribuir para o avanço do

---

<sup>38</sup> “[...] formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (riscos e danos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (TEIXEIRA, 2000, p. 262).

processo da Reforma Sanitária” no estado. Assim, Luiz Umberto expressa esta opção:

*Era uma luta pelos direitos da sociedade, mudança do Estado, democratização do Estado [...] nós fizemos a nossa parte, que era a luta de entender isso nos marcos que nós tínhamos, por isso que nós aderimos ao Suds. Nós achávamos que era estratégico. Houve a indiferença do movimento sanitário (nacional) que achava que aquilo não era Reforma Sanitária. [...] era um avanço na integração que favoreceria o sistema único, e ao mesmo tempo você poderia incorporar nele os elementos qualitativos da Reforma Sanitária. O que é que nos fizemos nesse período? A secretaria tomou a posição de, e não sou eu que digo! tá escrito!, tá determinado!, que era assumir como sua política básica a implantação da Reforma Sanitária na Bahia. E foi pioneira, foi a ponta de lança no Brasil (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

A decisão de aderir ao Suds é imediatamente operacionalizada devido a uma junção de fatores oportunos: na equipe diretiva estavam pessoas que já participavam ou tinham aproximação na CIS/BA; a Asplan detinha conhecimento técnico para elaborar o projeto e foi uma das primeiras equipes nomeadas, como já apontei anteriormente; além da boa relação com o Escritório Regional do Inamps no estado devido à presença de Paulo Moraes na direção deste e as ligações no âmbito nacional como registra Luiz Umberto:

*[...] então a situação privilegiada era essa, Waldir (Pires) tinha acabado de sair do Ministério (da Previdência Social) para disputar a eleição; ganhou com posição expressiva, mas deixou gente lá no Ministério. [...] Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, a Bahia lógico!, teve o primeiro contato por causa de Waldir, um tanto também pela minha presença em toda essa história do movimento de (19)75 pra cá, em várias áreas, minha passagem antes como deputado nas questões nacionais [...] e aí foi um dos primeiros convênios a ser assinado em abril [...] onde aqui começaria a juntar o Inamps com a secretaria de Saúde. O Inamps seria aos poucos incorporado à secretaria de Saúde. Para começar a unificação fizemos o convênio e a Bahia saiu na frente [...] (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Desta forma, a partir de um documento de intenções formulado através de um processo de discussões entre profissionais e entidades de saúde e populares, a rede privada conveniada e contratada, além das outras esferas de governo, culminou na assinatura do Convênio no. 232/87 com destinação de um cifra expressiva de recursos, o que permitiu elevar o orçamento da saúde de 4,7% em 1985 para 8% em 1998 (BAHIA, 1998). Estavam dadas, pelo menos nas intenções, já que orçamento não significa existência “real” do recurso financeiro, as condições para a Sesab exercer o poder administrativo na condução da política estadual de saúde.

A partir da assinatura do convênio, nas palavras de Luiz Umberto (23/11/2009) “[...] aí começa a valer o desafio de poder implantar [...]” o que significava direcionar esforços na transformação das relações de poder internamente (Sesab) e externamente com as outras esferas do governo, com a rede privada, com as entidades de saúde, com o Legislativo e com a sociedade em geral.

A implantação do Suds é considerada nesta pesquisa como uma política que estabeleceu mudanças e que, portanto, se constituiu em um programa de avanço (TESTA, 1995). A implementação das AIS na Bahia permitiu iniciar processos que, mesmo provocando mudanças de caráter incipiente (FLORES, 1991), acumularam forças e reafirmaram as propostas para modificar a forma de conduzir a política de saúde, caracterizando-se como um programa de abertura.

Para Paim (2002, p.79) “A gestão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) no plano estadual confunde-se, compreensivelmente, em muitos aspectos com a própria gestão da Secretaria da Saúde do Estado”. Esta afirmativa pauta-se pela oportunidade propiciada de unificação do comando da gestão do sistema estadual, reestruturação político institucional da Sesab e reorganização da prestação dos serviços.

Pelos processos de discussões para subsidiar as decisões na Sesab, percebe-se que, a partir de uma crítica da estrutura de poder existente, buscou-se sua superação através de um processo de construção coletiva. Isto significava fazer negociações que mantivesse certa contiguidade entre história pregressa e o novo momento, o que, nas palavras de Eugênio Vilaça<sup>39</sup>, significava “mudar a roda com o carro andando”. Isto porque a Sesab operava uma rede de unidades de saúde que deveria funcionar com todo seu potencial para garantir a assistência à saúde da população, ao mesmo tempo em que se processavam as mudanças.

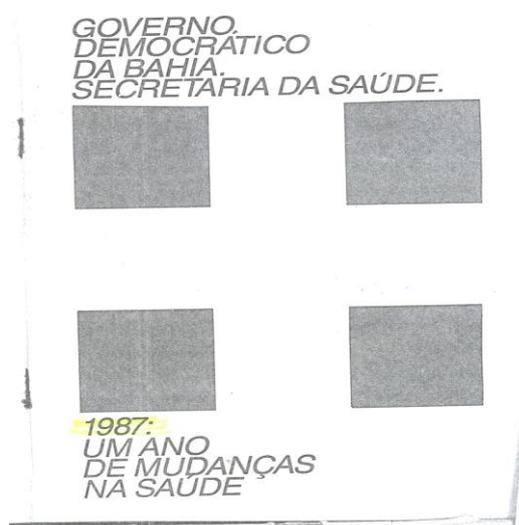
Para implementar um novo modelo de atenção à saúde, estabelecem-se conflitos entre o instituído e o instituinte. A conformação da secretaria estadual em seu processo histórico, como descrito no item 4, determinou uma organização incompatível com os propósitos e o método assumidos pela nova gestão da saúde. Modificar a estrutura administrativa e as relações de poder na Sesab significava garantir o postulado da coerência proposto por Testa (1992). Para tanto, o Suds

---

<sup>39</sup> Eugênio Vilaça Mendes como Consultor da Organização Pan-Americana de Saúde esteve na Bahia coordenando um projeto de cooperação técnica entre a Sesab e esta organização. Além do suporte nas discussões teóricas, este consultor organizou um livro que consolida os conteúdos e novas práticas para implantação dos Distritos Sanitários. Ver Mendes (1993)

deveria ser um projeto instituinte na Sesab, prevalecendo a determinação atual (propósitos e métodos), que, segundo Testa (1992, p.113), quando mais esta determinação predominar “será maior a adaptabilidade institucional a situações novas e mutáveis”.

O documento da Sesab “1987: UM ANO DE MUDANÇAS” (BAHIA, 1987c) constitui-se em um recurso político-ideológico de comunicação, prestando contas do primeiro ano de governo<sup>40</sup> na saúde. De fácil leitura, este documento indica com ufanismo as realizações, representadas principalmente por um conjunto de obras físicas; regularização de insumos e medicamentos enviados as unidades; recomposição de salários dos servidores, além de todos os processos de democratização. Compreensível, já que se tratava de necessidades prementes, o que fez neste primeiro ano a imprensa se posicionar a favor da gestão do Secretário através de uma série de reportagens, divulgando o que acontecia na Saúde. Também, segundo Paim (2002), a melhora imediata na assistência à saúde faz com que se registre uma expressiva satisfação da população.



**Figura 10 - Relatório Anual de Gestão da Sesab - 1987**

Por outro lado, os mecanismos democráticos e de reorientação do modelo assistencial (com a distritalização que será tratada mais adiante) coloca a Bahia como um dos locais onde o ideário da Reforma Sanitária está se materializando, ganhando destaque no cenário nacional, como fala Luiz Umberto:

<sup>40</sup> Governo na concepção de Testa (1992; 1995; 1997) que trata do poder de um indivíduo, grupo ou instituição em definir os rumos de um determinado processo, atividade, instituição ou sistema.

*[...] fazer as coisas andarem, e começamos a fazer. Aí começou a repercussão. Eu fui a alguns lugares do País fazer palestras sobre a Reforma Sanitária que estava se pensando na Bahia, se implantando. Eu tive em São Paulo com o movimento popular, era um grande movimento, acho que era a região leste de São Paulo [...] Eduardo Jorge, e ele tava como líder, me chamaram, espalharam cartazes lá na zona oeste toda “o que é que a Bahia tem?”, ou “vamos ver o que é que a Bahia tem!”. E aí eles pediram pra fortalecer a luta deles contra o Pinotti que era o secretário estadual no governo. [...] eles queriam ver o que é que a Bahia estava fazendo, tornou-se conhecido, o pessoal do movimento, mais integrado à saúde que veio do Movimento Sanitário, estavam sabendo já das coisas da Bahia e lá eu fui exatamente pra isso. [...] Mas o Eduardo Jorge me chamou lá, ele era da área de saúde, era uma das lideranças do PT nessa área nacional, então ele chamou pra ir lá, eu fui lá e fiz a palestra num anfiteatro com mais de 300/400 lideranças do movimento popular. Teve o debate, perguntaram mil coisas, um negócio muito bom, manifestaram apoio, aplausos e tal. E aí que eles usaram tudo isso contra o Pinotti: mas lá já tem Conselho!? é paritário, deliberativo!?, lá já está se instalando (espaços de decisão colegiada) nos hospitais, os centros, os Distritos Sanitários!?, já tá se organizando com participação!?, aí começou a discussão [...] eles acenderam o movimento lá contra o secretário de saúde que estava no governo estadual. Mas também fizemos em vários lugares, vários estados diferentes e tal. [...] Contatos com sindicatos, disseminamos, não só por mim como por várias pessoas, técnicos [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Antonia Garcia (29/11/2010) também ressaltou a posição da Bahia no cenário nacional:

*Todo mundo olhava muito pra Bahia, quando a gente ia para as conferências, fomos a muitas conferências de saúde, fui muito como a representante da Fabs nessas conferências [...]. Então teve uma expectativa muito grande (referindo-se a Bahia e ao País).*

Este foi um período (primeiros dois anos do governo da mudança) que a Bahia assumiu posição de destaque no cenário nacional. Esta divulgação deve-se, também, à forma de operar da OPAS, em promover intercâmbio entre gestores e técnicos através de visitas a locais onde algumas das suas diretrizes estão sendo desenvolvidas. Aqui, na Bahia, elaborou-se um projeto de cooperação para implantação dos sistemas locais de saúde (Silos), que no estado vai se denominar distritos sanitários (Sesab, 1987; OPAS, 1990)

Voltando ao documento que anunciava um ano de mudanças, nas suas considerações finais esse resalta a coerência das ações desenvolvidas com os propósitos definidos para o sistema de saúde estadual. Entretanto, conclui que esta situação “[...] confere credibilidade a uma gestão, e conduz a uma límpida conclusão: não foi fácil, ou melhor, não tem sido fácil.” (BAHIA, 1987c, p.19). O que estava subjacente nesta afirmativa?

Provavelmente, indicar que, apesar do empenho para a implantação da

Reforma Sanitária na Bahia no primeiro ano de governo, alguns acontecimentos são sinais das dificuldades a serem enfrentadas, posteriormente transformados em obstáculos que vão se tornando insuperáveis.

Um dos pontos de conflito foi a relação da gestão da Sesab com seus servidores e as entidades de saúde.

À medida que a rede de serviços de saúde era reformada ou construída e equipada, estava superada a situação encontrada de sucateamento e, as vezes, de fechamento de unidades de serviços de saúde. Aliado a estas realizações nos primeiros meses de governo, foi garantido um aumento substantivo nos ganhos dos servidores estaduais da saúde, permitindo uma isonomia aos do Inamps (PAIM, 2002). Dadas às condições de trabalho, o funcionamento pleno da rede estadual garantiria a credibilidade junto à população que, além de resolver seu problema de saúde, passaria a ser uma aliada na defesa das mudanças. Para tanto, era necessário imprimir um padrão alternativo na organização dos serviços.

O esforço para estabelecer uma relação entre o instituído e o instituinte, que promovesse a permanência do “novo”, deu-se através do conjunto dos seguintes mecanismos (BAHIA, 1987b; 1987c; PAIM, 2002):

- Ampliação da participação social com rompimento das relações autoritárias através da constituição de Conselhos Diretores de Unidades de Saúde.
- Mudança na atenção aos usuários que procuram a rede estadual de saúde, construindo-se um espaço para novas práticas assistenciais.
- Abertura para manifestações no local de trabalho.
- Deslocamento das decisões, implementando instrumentos e procedimentos que permitisse alguma autonomia de gestão.
- Desenvolvimento de um intenso programa de capacitação dos servidores.

A operacionalização destes mecanismos implicou um aumento proporcional de conflitos, facilitados ou pelas “normas<sup>41</sup>” internas da Sesab ou por influência externa dos diversos interesses em jogo: corporativos, políticos, financeiros.

Um dos conflitos mais visíveis nos primeiros meses de governo foi o atendimento de algumas exigências relacionadas com a administração dos recursos

---

<sup>41</sup> Esta palavra está colocada entre aspas para indicar regras que se estabeleceram por acordos velados, sem estar escrito em manuais, até porque a maioria delas ia de encontro ao que estava registrado ou nas relações contratuais dos servidores ou nas boas condutas do serviço público.

humanos, como por exemplo, o cumprimento da jornada de trabalho pelos servidores. Esta cobrança ia de encontro à conduta já enraizada de que o salário não era condizente com a função, então se fazia “acordos entre os pares” e se redistribua as horas de trabalho de diversas formas. Mesmo com a equiparação salarial, isto não foi possível corrigir, prática que se observa nas denúncias feitas à imprensa e que se mantém até os dias atuais.

*Eu acho que com os médicos teve problema porque [...] Luiz Umberto detectou no pronto socorro um número incrível de médicos, com sobrenomes muito famosos, que tinham o nome no hospital e que não trabalhava, ficava de sobreaviso, e ele obviamente pelo estilo, pela característica dele não ia aceitar. [...] Ele achava que não podia chamar uns pra trabalhar e outros não [...], o médico tinha essa figura do sobreaviso e tinha uma certa elite [...], houve um desgaste desses médicos, se sentiram contrariados nos seus interesses, médicos que apoiaram o governo, apoiaram Waldir Pires (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Outros conflitos se instalam quando da decisão do concurso para entrada na carreira de servidor estadual, levando à demissão de um contingente de pessoal e ao quase total fechamento de unidades de serviços de saúde. É provável que as motivações para esta decisão alicerçaram-se nos entendimentos do governador e do secretário que, nas entrevistas, afirmaram categoricamente ser esta a via de entrada na carreira pública, podendo-se avaliar a capacidade do quadro de servidores disponíveis, necessitando, apenas, de remanejamento. Sobre o remanejamento dos servidores, Luiz Umberto descreve situações incompatíveis com a situação da rede de unidades de saúde que não ofertava serviços em quantidade suficiente à demanda.

*Tinha uma sala de odontologia que tinha quinze, vinte dentistas, tinha lugar que tinha quarenta, cinqüenta médicos pra três salas [...] Fazia uma escala (decidida entre eles) com hora pra cada um ocupar a sala, então você trabalhava duas horas por semana, ao invés de trabalhar vinte, trabalhava duas [...] aí eu dizia isso que nós descobrimos já resolvemos. O governador anunciou os centros de saúde todos da capital estão funcionando a noite, com um turno a noite de seis (dezoito horas) às dez (vinte e duas horas), para os trabalhadores e as pessoas que trabalham, que tendo uma doença qualquer que precise de um médico (poderia ser atendido fora do expediente de trabalho) [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Mas mesmo com a abertura do turno noturno, ainda existia excesso de profissionais em algumas unidades. Para cumprir a tarefa de remanejar, foi feita uma negociação:

*Então vocês escolhem, ou à noite nesses centros que vão abrir ou nos que estão mais longe, por isso que estão vazios. Então quem quiser escolhe o local, eu não obriguei ninguém. As pessoas escolhiam, agora tem que*

*comparecer. Escolher, declarar que quer ir pra tal lugar ou pegava o noturno (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

E definiu critérios de prioridades de escolha:

*Mas o critério! é o critério!?! Nós fizemos um critério que os mais antigos, outro caso de revolta, os mais antigos que tivesse chegado na vaga tinha o direito preservado.[...] foi indo num patamar que também aumentou muito a insatisfação (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Esta insatisfação identificada pelo secretário incentivou a busca de solução característica do modo de convivência política, comum no Brasil (NUNES, 1997), mas bem aos “costumes” da política baiana até então (DANTAS NETO, 2003).

*Isso aí foi outro exame de político, de deputado [...] O que eu recebi de deputado, mais fulano... fulano tem um trabalho naquela comunidade. Pior que eu ouvia isso e eu tinha que ter paciência... Ele é tão integrado a comunidade (fala do deputado). Eu dizia, aonde era a comunidade? Era Brotas. Ele mora aonde? Quer dizer você via na cara, que você tava em Brotas, a pessoa devia morar ali por perto, era acesso fácil (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

As situações citadas até aqui estão mais localizadas na capital, refletindo o que significou de tempo na agenda do Secretário, que se ocupava, às vezes pessoalmente, dessas negociações. As consequências foram o atraso no cumprimento do compromisso de campanha referente ao resgate imediato do funcionamento da rede. Esta situação é agravada pelo processo de “estadualização” inerente ao Suds, permitindo que a Sesab assumisse a gestão da rede de unidades pertencentes ao Inamps como parte da unificação. Aí, também, instalou-se um conflito de interesses com os servidores federais lotados nestas unidades que, segundo Paim (2002), se expressou em não acatar as orientações da gestão estadual ou até boicotar ao funcionamento dos serviços.

O motivo da insatisfação dos servidores federais foge à finalidade desta pesquisa, mas, concordo com Paim (2002) que, no caso da Bahia, não reside na desinformação, como aponta o documento da Abrasco (1989). Este foi um período em que se realizou, em média, um debate a cada três dias, para definir ou discutir as estratégias para gestão do sistema estadual de saúde.

Quando direcionei a análise para o interior do estado, os conflitos se apresentam de outras formas e agravados pela demora nas indicações dos cargos de confiança, decorrentes da dificuldade nas negociações política dentro do governo. Esta demora deu-se em toda estrutura administrativa da Sesab, o que,

para Paim (2002, p.95), gerou uma “situação esdrúxula em que um governo novo se instala, mas quem governava eram os quadros do governo passado”.

No interior, não identifiquei registro de excesso de profissionais, muito pelo contrário, os fatos narrados por Luiz Umberto pontuam uma escassez de profissionais e todo o jogo de interesses foi direcionado para a categoria dos médicos.

*Porque a grande briga sempre foi por causa de médico [...] Eles... (deputados) ninguém me pediu pra transferir nenhuma enfermeira, enfermeiro nunca, nenhum fisioterapeuta, nenhum dentista, ninguém nunca pediu dentista [...]. Então o pessoal só queria o médico ou pra transferir ou pra tirar ou pra trazer de um lugar e colocar onde ele está (médicos que atuavam como deputados, políticos locais ou empresários de saúde) [...], a demanda de todos eles era uma demanda muito via deputado [...]. Mas isso eram dezenas e dezenas e dezenas que chegava. Eu passei os primeiros cinco meses até correr o estado inteiro sem atender (aos pedidos). Eu não ia transferir ninguém, a não ser por seu pedido, tanto que eu só aceitei pedido de transferência nestas condições. Porque às vezes subia pedido de transferência e eu ficava com medo de nego (expressão baiana para referir as pessoas em geral) jogar por baixo a transferência via Dires [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Nesta fala, percebe-se a desconfiança do Secretário em operar uma máquina estatal grande, sem clareza de onde estavam os aliados. Esta situação vai consolidando um afastamento do gestor da saúde com o quadro dos servidores estaduais.

As impressões de Luiz Umberto também indicam o uso da prestação de assistência médica como estratégia passível de utilização para angariar votos por grupos políticos ou candidatos, como também para, indiretamente, obter ganhos financeiros por parte de médicos empresários do setor privado:

*Então é o seguinte: se eu (deputado) tiro um médico de lá eu abro espaço pro meu prefeito (aliado ao deputado) ter mais voto do que esse médico que tá bem quisto (aceito) lá. Vão transferir, ele não volta e tal. [...] já é outro jogo, aí você não pode abrir concessão [...]. Então eu levo ele lá pra minha terra, ele vai trabalhar pleno (todo o tempo) na minha terra. Eu tenho a minha clínica, boto ele (para trabalhar), tem o serviço público, ele vai trabalhar pra mim (e mantém o vínculo com o serviço público) (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Estas situações apontadas pelo Secretário evidenciam uma não adesão aos propósitos para saúde, colocados pelo Governo da Mudança, pelos profissionais da categoria médica e pelos deputados da base de apoio. A atuação de uma equipe multiprofissional na atenção à saúde da população não é uma perspectiva colocada por estes atores, o que denota a busca de manutenção do modelo assistencial hegemônico.

A opção de iniciar um processo de mudança deveria ter uma participação efetiva das Dires, já que eram estruturas desconcentradas da Sesab e atuavam na coordenação da rede estadual no interior. Entretanto, pela forma como se deu a indicação para os cargos de diretores e equipe, não foi possível modificar acompanhamento e supervisão dessas instâncias regionais à rede de unidades e serviços de saúde estadual. Para superar estas dificuldades, o Secretário desenvolveu uma estratégia de centralizar as decisões do remanejamento de pessoal, compreensível pelo que narrou, mas na contra mão da descentralização, uma das fundamentações do processo de mudança:

*Tudo era centralizado, eu tinha que assinar, e como é que eu ia saber? Aí eu botei, não! Tem que vir formalmente o pedido do médico de que ele quer se transferir pra outro local, ele assina formalmente. Segundo: a diretoria (das Dires) tem de dizer que tem como liberar. [...] não vai prejudicar a assistência no local e pra onde ele vai?, aí cabe ao setor central (da Sesab) dizer pra onde ele vai, se está precisando. Nisso levei quatro, cinco meses da minha gestão ocupado com isso. Porque tudo tinha que ser decidido por mim, era quatro, cinco, seis, sete pedidos por dia, ou de transferência do médico que era da oposição ou alguém querendo levar o médico e que só tinha ele lá, só tinham aquele médico. Aí eu dizia: eu não tenho problema nenhum se ele quiser ir, agora meu problema é se ele pode sair, tá entendendo? Então tem que ter um parecer do nível central, por isso que eu tô usando da estratégia de alguém (do nível central) tem que dar o parecer [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Inclusive, ocupando-se pessoalmente até da identificação de aliados para ao projeto da Reforma Sanitária na Sesab:

*[...] alguém dizia: tem uma médica de cabeça boa (que defendia as mudanças) eu mandava chamar aqui pra conversar com ela. Quando viajava eu ia ao lugar pra conversar com o médico (considerado aliado à proposta de mudança), dar apoio e dizer que tava garantido, porque o pessoal (aliado) tinha medo que as forças antigas perseguissem eles (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

O Secretário chama para si, diretamente, também parte da administração de pessoal:

*Tudo isso eu tinha que decidir no gabinete [...] assim tem um critério claro e óbvio pra dizer de onde ele saía e para onde ele ia. Com alguns tinha briga [...] era todo mundo me ligando por causa de transferência de um médico [...]. Aí pronto! aí vinha ministro, vinha tudo, governador ligava pra mim [...] mais ele (governador) nunca ligou pra pedir (impondo), nisso ele foi corretíssimo. Dizia: “o que é que está se passando”? Eu dizia, olhe é isso, e isso, e isso, o critério da secretaria é este, pronto. Ele aí então dizia: “deixe comigo”. Aí desapareciam as pressões sobre ele e sobre mim, mas ninguém foi transferido, a não ser escondido, que aí também você não tem como saber. Alguém conseguiu lá uma coisa, botou como uma e foi outra e tal, isso às vezes ocorre mais pra você dizer, alguém foi autorizado eu não me lembro de uma, de um caso que foi autorizado. Então todos tinham que*

*ser por eles quererem e freei todas por perseguição política [...] LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Como se percebe, o Secretário refere existir foco de resistência interna, que mantém velhos processos instituídos informalmente na Sesab. Por outro lado, a administração de pessoal passou a fazer parte do cotidiano do gestor máximo de uma secretaria com mais de 20 mil servidores e uma extensa rede de unidades de saúde. Uma grande parte das doze horas de entrevista com Luiz Umberto foi dedicada a narrar fatos do enfrentamento na reorganização dos serviços, empreitada que não contava com o apoio dos políticos. Entre estes, as evidências apontam que prevalecia interesses político-partidários e nenhuma adesão às propostas da Reforma Sanitária em andamento no País. A indiferença com as mudanças na saúde foi uma postura dos deputados baianos desde o início do movimento da Reforma Sanitária na Bahia. Os fatos narrados por Luiz Umberto ilustram como os deputados baianos se comportavam:

*Então, esse processo (para gestão do governo de Waldir Pires) levou essa ânsia de todo mundo querer ocupar um cargo e aí foi uma guerra, e a saúde viveu isso. Então qual foi o acordo que nós fizemos, interno (com os seus colaboradores mais diretos), nós discutimos internamente e dissemos o seguinte: nós não vamos poder ter uma única secretaria fora de uma visão política de governo.[...] eu não trabalharia com minha vertente parlamentar [...] eu sou aqui secretário, eu represento um governo e lá eu teria minha representação parlamentar, então eu não posso confundir. Eu não posso como secretário atuar como parlamentar, essa foi uma questão na época seria muito discutida no comitê todo mundo aceitou [...] (LUIZ UMBERTO, 14/11/2009).*

Como a troca de favores por votos era prática político-partidária, histórica no estado, não havia entendimento sobre outra forma de atuar, mesmo entre os profissionais. Por se tratar de um deputado que construiu sua carreira em movimentos das entidades de saúde, foi difícil para Luiz Umberto separar a atuação de gestor da Sesab, deputado eleito, mas afastado para exercer o cargo, e militante de lutas das categorias de saúde. Manter este afastamento também gerou conflitos:

*[...] O pessoal de serviço querendo alguma coisa me procurava, pessoas individualmente, porque o critério era muito mais pessoal, então as pessoas tinham um jeito..., o que eu recebia de bilhete em qualquer evento público era uma coisa insuportável, pessoas, às vezes amigas minhas de muitos anos. Briguei com alguns, porque eles vinham assim: eu estava entrando nos seminários vinha com impertinência [...] ficava me chamando assim: Umbertinho tal, pessoas que eu não via há vinte anos, que nunca me procurou antes de ser deputado. Quando eu fui secretário de Saúde, gente querendo transferência, querendo vir pra tal lugar, querendo passar pro nível central, aí vinha [...]. (Luiz Umberto diz) Rapaz, o que é que eu posso*

*fazer, eu tô aqui numa solenidade é uma postura oficial do governo, eu tô em pé, depois a gente conversa, agora não posso. Gente que se aborrecia, alguns pegava papel tome aqui o meu nome [...]. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Ronaldo Jacobina também fala destes conflitos, o que traz mais aporte à análise de Luiz Umberto, por se tratar de um ator que representava uma entidade de saúde no período e por ser um membro atuante do Movimento Sanitário na Bahia:

*Agora essa construção em cima desse estilo: é Luiz Umberto, nesse distanciamento que ele se fechou. Porque quando ele assumiu, mesmo no meu caso, o que eu recebi em minha casa de telefonemas, inclusive da esquerda mesmo, pedindo cargo, aí eu dizia: bom, não quero ser mais realista do que o rei, vou lhe dar aqui o telefone de Luiz Umberto, mas eu espero que ele haja conforme os compromissos dele de campanha, que as pessoas entrem pelo mérito nos cargos de confiança de sua escolha [...]. Ele cometeu alguns erros, eu sei disso. [...]. Mas há um componente meio espúrio também nisso, que era aquela turma que não trabalhava, que não queria trabalhar. Aí foi construindo um desgaste, e ele tinha sido a grande liderança médica, Luiz Umberto era muito querido [...], nisso ele sofreu um desgaste grande em parte, verdade como eu te disse, em parte construído por interesses espúrios, razões espúrias. (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Defendendo convicções éticas e políticas de modo intransigente, Luiz Umberto também estabeleceu uma relação tensa com a classe política:

*É uma coisa que eu detesto, isso agora porque os deputados faziam a mesma coisa, o problema é que os deputados também chegavam, eles chegavam pra fazer as mesmas coisas, eles chegavam pra querer a transferência de algum médico fulano de tal. Porque estava inimigo dele lá (no interior), naquele ponto do prefeito dele, denunciando contra o prefeito, queria ser candidato a prefeito e ele tinha um candidato pra eleger, ou seja, de interesse próprio, interesse pessoal. [...] Era coisa de levar cinco, seis meses, eu dizendo não as pessoas, as pessoas vinham e insistiam [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Enquanto com os profissionais de saúde havia uma história pregressa de convivência em movimentos em prol de mudanças no sistema de saúde para construir um modelo contra-hegemônico, entre os deputados, quando perguntei a respeito de alguma discussão sobre a RS, a resposta foi taxativa: "Não! não, a Bahia nunca teve deputado aqui que se envolveu, nenhum se envolveu quer dizer, tinha deputado a favor, via notícia mas não com esse envolvimento [...]" (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).

Mas faz uma ressalva:

*Quer dizer, na minha época (quando era deputado) tinha, teve uma deputada, é Abgail (Feitosa) que entrou, mas ela não tinha um conceito, não trabalhou muito um conceito, ela tinha aí uma presença que eu me lembro.*

*[...] Do parlamento da saúde nós fizemos debates, ia pouca gente mesmo, muito poucos (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

As evidências apontam para um isolamento do Secretário Luiz Umberto, que reage criando canais paralelos para superar as dificuldades, como é o caso da forma como tentou manter uma relação paralela de controle com as instâncias regionais, conduzidas por gestores que, na sua maioria, não tinham afinidades com o estilo do secretário nem organicidade com a proposta de mudança da saúde. Estes atuam de maneira passiva, mantendo a lógica de fluxos e processos administrativos clientelistas e favorecendo aos “amigos”, prática vigente antes da entrada do novo governo, ou atuando contra as mudanças implantadas na Sesab:

*Mas essa coisa (de mudar a forma de prover atenção à saúde à população) passou pelos diretores da Dires [...] quer dizer a descentralização aí teve esse grande problema. [...] nós descentralizamos o que pudemos, fizemos a reforma administrativa até pra descentralizar mais coisas, compra de material, tudo o que pudesse. [...] Nós estávamos vendo que a maioria não funcionava [...] o nosso grande problema no interior foi realmente as coisas chegarem lá, quer dizer, abaixo da Dires (nos centros e postos de saúde). Tanto que nós tínhamos que fazer aqui reuniões seguidas, plenárias enormes, não só com diretores (das Dires), mas o pessoal técnico pra buscar aliados, para lá dentro inclusive tensionar com os próprio diretores da Dires, os próprios diretores, porque senão as coisas não andavam. Quer dizer, eles (os diretores de Dires) não boicotaram explicitamente porque senão pedia demissão, mais é uma coisa que você não vê andar (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Segundo Paim (2002) e relatos de outros entrevistados, as indicações para os cargos comissionados no interior do estado foram rateados entre partidos e políticos, cujos critérios não incluíam o compromisso com o projeto de reforma sanitária na Sesab ou mesmo capacidade técnica para gerir. A descrição de alguns fatos e situações indicam que a condução das Dires seguia em direção contrária aos propósitos do governo iniciado em março de 1987. Três relatos sustentam esta versão.

O primeiro é sobre a Reforma Agrária assumida como prioridade do governo, inclusive com a criação de uma secretaria própria. A Sesab daria suporte ao projeto da Reforma Agrária com suas ações e assegurando atendimento médico nos assentamentos. Por estarem localizados no interior, toda organização para garantir este intento dar-se-ia por intermédio das Dires. Entretanto, houve indicações de pessoas ligadas aos produtores rurais, inclusive da União Democrática Ruralista (UDR), de posição radicalmente contrária a qualquer ação governamental pela Reforma Agrária e mobilizações populares pelo direito a terra.

*Você tinha uma pessoa nomeada (nas Dires) que não tinha compromisso nenhum com a reforma (agrária). Muito pelo contrário! O compromisso era contra a reforma agrária. Anunciei ao governo (estadual), que eu não podia ter prova documental de que houve o boicote. Nunca saiu o nome (de um diretor de Dires na imprensa). Eu não podia acusar ninguém, mas aí eu tinha que fazer: primeiro, anunciar que eu desconfiava disso; segundo, eu fiz intervenção direta, intervenção direta identificando uma pessoa do nível central [...] (um técnico do nível central da Sesab para ser o responsável pela articulação dos setores da secretaria para o desenvolvimento das ações de apoio ao projeto de Reforma Agrária e ao mesmo tempo prestar assistência médica nos assentamentos) [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Como explicou o Secretário, a estratégia foi identificar um médico, entre os servidores da administração central, que se deslocava para dar atendimento nas áreas de assentamentos e, também, identificar e convencer médicos em fazer atendimentos nestas áreas. Às vezes, a conversa com os médicos identificados era feita pelo próprio Secretário, no seu gabinete ou em viagens pelo interior. Esta situação revela que, mesmo com o Secretário defendendo um critério para composição da equipe que selecionava pessoas capazes de atuar como agentes das mudanças preconizadas, isto não se concretizou. Ao chamar para si situações importantes, mais pontuais, indica uma centralização excessiva ou falta de adesão ao projeto de gestão na Sesab pelos próprios técnicos, principalmente médicos.

Esta solução para os assentamentos e os encaminhamentos do Secretário não fortaleceu as propostas da Reforma Sanitária. Nesta situação, Luiz Umberto assume uma política pessoal de apoio à Reforma Agrária; entretanto, prover assistência médica não agregava valor para a mudança na saúde que ele mesmo propunha.

Luiz Umberto também ressaltou sua luta enfrentando conflitos até com grupos com quem tinha afinidades políticas:

*[...] Mas o problema é que muito antes de chegar (a ser o diretor da Dires) ele (o diretor da Dires) já tava distribuindo remédio (para angariar votos). [...] Nós queríamos indicar outro e acabou não sendo possível. [...] Porque aí entra o fisiologismo. [...] Aí eu consegui em um tempo mais tarde fazer isso (a substituição desse diretor da Dires) [...]. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Uma terceira situação foi relatada por Ronaldo Jacobina, quando convidado para uma palestra em uma cidade sede de Dires. Este relato reforça a evidência do distanciamento entre o que se processava de discussão e avanço no nível central e as práticas nas instâncias regionais:

*Um movimento social me convida [...] tinha uma freira [...]. Eu chego lá, aí quando está aquele monte de gente, ah! me assustou, porque parecia um*

*filme de bang bang, as pessoas com revólver na cintura. Digo: meu Deus do céu! O tema era movimento social [...]. Ai é que tá! a freira fala: “professor o que é que o senhor me diz do diretor da Dires que na época de campanha de vacinação ele usa o carro da secretaria pra uso particular”? Deixa tais e tais, um bocado de povoado sem ser vacinado. Quando a mulher disse a platéia estava toda mobilizada e aplaudiu (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

O desfecho deste fato é que foi notícia do Jornal A Tarde. Mas, o padrinho político do diretor da Dires conseguiu mantê-lo no cargo, exercendo este e outros usos indevidos dos bens públicos.

Assim, passa a fazer parte do cotidiano de Luiz Umberto o seu envolvimento direto com a administração, desviando sua atenção do foco das negociações para implementar a política de saúde. Isso, somado aos embates com as corporações por melhores salários, o que levou a greve freqüentes, mantendo-o cada vez mais isolado politicamente, dado que suas estratégias não obtêm resultados que agregam valor político para o projeto da mudança na saúde. Como consequência, vai ficando mais distante a implementação da proposta de mudança que se mostrou exitosa, ao obter resultados positivos como, por exemplo, no primeiro ano de governo.

Se as mazelas políticas partidárias refletiam na forma, quantidade e qualidade da assistência à saúde da população, as lutas salariais e a condução política da gestão de recursos humanos, pelo governo, vão acumulando derrotas na trincheira da luta técnico-institucional pela Reforma Sanitária (PAIM, 2002).

Em nome da moralização para a entrada dos servidores na carreira pública, ao lado da reforma administrativa no aparato estatal promovem-se demissões, remaneja-se pessoal e criam-se vagas com a ampliação da rede. O concurso público é assumido como a única possibilidade de admissão.

*[...] foi na transição quando vieram as medidas, teve várias medidas saneadoras, mais só tem que eram genéricas sem atender as diferenças de lugares que tinha suas especificidades e que podiam ser resolvidas [...]. Teve que abrir um concurso, esperar o concurso pra contratar pessoas [...] e o concurso quando veio, veio muito tarde, nós quisemos abrir o concurso mais cedo, nós (apenas para a Sesab), mas o governador queria fazer todos juntos. Nós queríamos fazer no primeiro ano o concurso público, nós estávamos precisando de pessoal [...] ele quis fazer o concurso geral e o concurso geral atrasou porque um concurso de todo o estado, imagine quantos anos leva, leva mais de um ano pra fazer. Foi feito já em oitenta e oito [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Embora concorde que concurso público deve ser a forma de entrada para servidores nas instituições estatais, a implementação desta modalidade de ingresso se revelou um desastre nas palavras de Paim (2002), ao se referir à política de

recursos humanos no governo de Waldir Pires. Para tratar desta política, foi criado o Conselho de Política de Pessoal (CPP), que passa a agir de forma centralizada e toma decisões lineares para todas as áreas do governo. Uma destas decisões, referiu-se à realização do concurso único para todos os setores do estado.

Por outro lado, com o argumento de corte de gastos e enfrentamento da escassez de recursos, o CPP propõe ajustes dos proventos dos servidores, definidos também de forma centralizada. As decisões não são compartilhadas com os secretários das diversas pastas e nem são consideradas as especificidades de cada setor.

Esta centralização e as dificuldades burocráticas, inerentes a uma relação convenial como a do projeto Suds, que não permitia o uso dos recursos para pagamento dos servidores, elimina o poder administrativo de Luiz Umberto na gestão dos recursos humanos e o poder político para negociar com os servidores. Inclusive, como não tinha mais o apoio inicial da mídia que lhe garantia espaço nas suas matérias, fica sem possibilidade de dirimir equívocos, a exemplo do uso dinheiro do convênio Suds para pagamento da folha de pessoal.

*Criou uma insatisfação do funcionalismo mais não tinha o que fazer, quer dizer eles achavam que a gente devia passar o dinheiro todo (do convênio Suds para complementar o salário dos servidores). A saúde (o secretário) não pode assinar isso. A saúde só podia assinar a partir do convênio, porque não era uma medida legal. Nego não entendia, era um convênio. Mas ali nós não tínhamos como, e o estado não quis bancar isso (assumir com recursos próprios do estado a garantia da equiparação dos salários entre seus servidores e os oriundos do Inamps). (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

O Secretário faz uma análise simplificada dos fatos ao afirmar que não havia um entendimento dos limites ao uso do convênio Suds, quando o que acontecia era expressão do embate político contra sua gestão. Pelo lado do governo, o fato de não assumir a complementação salarial com recursos do tesouro estadual, deixa visível o não apoio do governo à RS. Pelo lado dos servidores, os movimentos grevistas, principalmente dos médicos, não significavam não entendimento, mas um embate para minar politicamente a gestão e seu projeto.

Os melhoramentos iniciais nos ganhos salariais vão se perdendo por não terem acompanhado os reajustes previstos pelo governo central como a URP<sup>42</sup>,

---

<sup>42</sup>Unidade de Referência de Preços – mecanismo de correção salarial criado em 1987 para repor as perdas inflacionárias. Com extinção em 1989 gerou perdas nos salários de 26,05% .

assunto que vai se tornando ponto de pauta frequente na negociação trabalhistas entre servidores e governo, durante os anos do Governo Waldir Pires (PAIM, 2002).

A isonomia inicial com o Inamps torna-se impossível de ser mantida, principalmente por dois motivos: se, inicialmente, “não houve retração dos recursos do Tesouro Estadual em função do aporte de recursos do Suds” (PAIM, 2002, p. 72) esta situação não se mantém quando o estado entra em contenção de gastos; os repasses do convênio Suds começam a atrasar com a saída, em março 1988, de Hésio Cordeiro da direção do Inamps, o que implica mudança na direção do escritório regional na Bahia.

Com as lutas por questões salariais é que vão se tornar visíveis, com greves, ou de forma sub-reptícia, com boicotes, os interesses corporativos dos profissionais de saúde. Os espaços democráticos estavam criados, a abertura para manifestações no local de trabalho foi amplamente propalada pela gestão em curso. A vocação para negociação dos interesses das classes trabalhadores é irrefutável na carreira política do Secretário. Mas, “não está sendo fácil” como finalizava o relatório do primeiro ano “Acertar o passo com a democracia”.

A insatisfação dos servidores foi usada como motivação para induzir votação de indicativo de greve pelos sindicatos.

*Por exemplo, muita dessas pessoas que eram do antigo regime passaram a ser freqüentadores das nossas assembleias, e aí o pessoal logicamente tem que discutir com a categoria por votação, é óbvio. Mas usaram um pouco esse manancial, que era o manancial dos descontentes (para induzir a votação a favor da greve). Isso eu soube por que eu conhecia gente que me falava: tá fulano, beltrano [...] Diziam: está fulano, tá freqüentando a assembleia, indo lá fazendo discurso inflamado [...] como era um segmento (um governo) que “nego” sabia que não tinha perseguição, você podia estourar a greve. E aí eles estouram uma greve [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Ainda que os primeiros meses o Governo da Mudança apontasse, para uma recuperação de salários, com aumentos expressivos e negociações para implantação de um Plano de Cargos específico para os servidores da saúde, o desdobramento do que seria uma política de recursos humanos, coerente com as práticas inovadoras que se anunciava, seguiu caminhos tortuosos, a meu ver, com equívocos tanto dos gestores estaduais como dos servidores e entidades que os representavam.

Pelo lado dos servidores, os movimentos grevistas, motivados por questões corporativas defendendo ganhos salariais, mas também reagindo de forma não

explicita às medidas moralizadoras do Governo Waldir Pires, geram impasses bloqueando o diálogo com o Secretário, liderança histórica destas mesmas lutas.

Algumas das organizações, a exemplo do Cremeb, excluem do seu foco de ação a defesa da Reforma Sanitária, sem fazer uma avaliação crítica dos enfiamentos políticos do secretário, em um estado com as características políticas da Bahia, e alia-se à imprensa que, no segundo ano de governo, também começa a divulgar notícias contrárias a atuação da Sesab. Esta avaliação deveria passar, inclusive, pelo cenário político nacional, que permite ao Antônio Carlos Magalhães, liderança política derrotada com a eleição de Waldir Pires, tornar-se proprietário de uns dos veículos de comunicação, um canal de TV, de grande abrangência no estado. Isto foi possível porque ACM foi nomeado Ministro das Comunicações. É o próprio Luiz Umberto quem relata uma destas notícias:

*[...] Foi jogo mesmo, foi um jogo que eu não achei honesto, e falei publicamente o que tinha que falar. Eu viajei por convite a Cabo Verde (do governo deste País que custeou as despesas) [...]. Os irresponsáveis do Sindicato dos Médicos espalharam que eu tinha viajado com o dinheiro do Suds (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Segundo o Secretário, esta mentira foi colocada em uma assembléia da categoria que decidiu por uma greve com duração de quase três meses, com ameaça até de fechar serviços de emergência.

E, mesmo os partidos que tinham afinidade ideológica com o Secretário, afastaram-se das articulações pelo movimento da Reforma Sanitária e passaram a usar as lutas salariais para outro jogo de interesses: “[...] Aí, começaram a ter uma guerra, uma guerra entre o PC do B e PT, pra não perder a hegemonia na área da saúde” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).

O governo estadual, por outro lado, centraliza todas as decisões sobre a política de pessoal na CPP que, associado a uma política de contenção de gastos, promove uma demissão de grande número trabalhadores, inclusive da saúde. Inicia um processo para realizar um concurso que demorou quase os primeiros anos de governo para se concretizar. O governo não cumpre pagamento de vantagens nem reajustes legais, como a URP. Tampouco, implanta um Plano de Cargos que permitiria a correção dos desvios de função existentes (PAIM, 2002).

Todo o jogo de interesses resultou em radicalizações com movimentos grevistas que finalizavam com questões pendentes não resolvidas. Essa situação

fez com que os servidores se sentissem enganados ante as perspectivas do governo que se elegeu prometendo mudanças, inclusive na gestão dos recursos humanos. Uma das demonstrações desta insatisfação é o governador passar a ser chamado pelos servidores de “Traíra” como uma corruptela do verbo trair.

*Aqui no caso da saúde, por exemplo, algumas perdas de apoio dos movimentos sociais e incluindo o movimento dos profissionais de saúde, quando o próprio governo Waldir Pires deixou de pagar a URP, não é? Então muitas das pessoas quando começaram ver a inflação subindo e o governo que dizia que era de mudança, fazendo as mesmas coisas da política neoliberal que Bresser Pereira propunha como Ministro da Fazenda de Sarney, foi perdendo bases (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Durante a gestão de Luiz Umberto na Sesab, embora se registrem momentos de discussões coletivas em espaços democráticos como as Conferes, a ampliação da Comissão Interinstitucional de Saúde, a criação e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Diretores nas Unidades de Saúde, não foi possível negociar as greves dos profissionais de saúde e em especial da categoria médica (PAIM, 2002).

Quando busquei evidências da presença do movimento pela Reforma Sanitária na Bahia, não percebi articulações para promover debates para discutir as mudanças na gestão e na assistência à saúde que estavam ocorrendo na Sesab. Embora Ronaldo Jacobina e Antonia Garcia tenham referido um apoio ao Secretário durante sua gestão, o que identifiquei foi o fato de os profissionais de saúde e servidores estaduais, que tinham aderido as propostas de mudança para construir um sistema de saúde democrático no estado, centrar as discussões na defesa de ganhos salariais e de permanência de privilégios. Isso também indica fragilidade na condução política da gestão da Sesab, incluindo não ter sido capaz de ocupar, com o debate técnico e político, as próprias instâncias colegiadas de gestão criadas. Desse modo, os conflitos centraram-se nos interesses corporativos. Por outro lado, o governo não respondia a contento com as promessas de política de recursos humanos anunciada durante a campanha eleitoral.

Com estes impasses, instala-se um descompasso entre o tempo político e o tempo técnico (TESTA, 1995) para operar as modificações no modelo de assistência à saúde e garantir o apoio da sociedade às mudanças propostas. Entretanto em 1988 o relatório anual ainda indicava avanços (Figura 10).



**Figura 11 - Relatório Anual da Sesab, 1988**

Colocada como estratégia no Programa dos 100 dias e reforçada no convênio do Suds, a descentralização da gestão e dos serviços de saúde incorporava a concepção da Reforma Sanitária, que tinha como propósito a universalização, a equidade e a integralidade da atenção à saúde da população. Os esforços de descentralização da gestão da saúde nos dois primeiros anos do Governo da Mudança, segundo Paim (1989, p.366), “[...] seguiram três vias: a distritalização<sup>43</sup>, a municipalização<sup>44</sup> e a implantação de unidades gestoras”.

A noção de descentralização faz parte de um debate conceitual que envolve a definição de um conjunto de termos correlatos, como: desconcentração, regionalização, privatização, delegação e democratização, todos referidos a opções políticas e processos político-institucionais que se desenvolvem no âmbito de organizações complexas, notadamente o Estado (TABOR, 1991; DALLARI 1992; HEIMANN et al, 1992; MENDES, 1998, GUIMARÃES, 2000). A descentralização neste estudo refere-se à distribuição de poder no âmbito do Estado, especificamente no âmbito interno da Sesab e entre a esfera estadual e os municípios.

<sup>43</sup> Segundo Cardoso (1991, p.68) a distritalização era entendida como: “[...] processo político institucional, organizativo e operacional, voltado para a construção da base do sistema único de saúde, entendida enquanto o espaço onde se pode efetivamente materializar a luta pela transformação das relações entre a população, o sistema e os serviços de saúde. Do ponto de vista mais formal e abstrato, o distrito sanitário tem sido entendido como uma unidade operacional administrativa do sistema de saúde, onde se localizam um conjunto de recursos públicos e privados articulados por uma série de mecanismos institucionais, com a participação da população, no sentido de desenvolver ações integradas de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível dos problemas suscitados.”

<sup>44</sup> A municipalização do sistema de saúde, colocada na Legislação do Brasil é uma forma de descentralização política, técnica e administrativa, que para Ugá, (1991) ocorre “*perda centrífuga de poder*” (destaque da autora), sendo um processo que, no limite, inverte a relação nível central (federal) e nível local (municipal), no que diz respeito à formulação e implementação de políticas, organização e gestão dos processos de trabalho e manejo de recursos (financeiros, humanos, físicos e materiais) (TEIXEIRA, 1991).

Defendida pela MRS como um dos princípios que deveria reger o sistema de saúde, a proposta de descentralização, sob a forma de municipalização da saúde, ganha relevância com a implantação do Suds, a partir de 1987, tanto no Ministério da Previdência Social, quanto no âmbito dos estados. Chama a atenção o fato de que, inicialmente, a municipalização era concebida como uma proposta articulada à distritalização defendida pela direção geral do Inamps, sob o comando de Hésio Cordeiro, como estratégia de reorganização dos serviços de saúde (FLORES, 1991; BRASIL, 1987b).

No Programa dos 100 dias, documento preliminar do governo Waldir Pires para orientação e condução da política estadual de saúde em 1987, a descentralização proposta não contemplava a transferência de unidades de saúde e recursos humanos pertencentes à Sesab para os municípios. A ênfase era na capacitação gerencial das secretarias municipais da Saúde para administrar com mais eficiência suas unidades próprias (FLORES, 1991). Pode-se pensar que, de fato, através desse processo de capacitação gerencial, o que se pretendia era difundir a proposta de distritalização aos municípios. Neste documento previa-se a implantação de oito distritos sanitários (DS), em caráter experimental (BAHIA, 1987).

Como os distritos sanitários representavam uma nova forma de organização da gestão e da atenção à saúde, e era uma das estratégias centrais para a mudança do modelo assistencial, posteriormente à implantação dos oitos distritos sanitários iniciais foi formulado um Plano para a Distritalização na Saúde da Bahia, contemplando a criação de cento e quatorze DS. Entendia-se os DS como o núcleo básico do sistema estadual de saúde e considerava-se que para o alcance dos seus objetivos deveria ocorrer um processo de descentralização que aproximasse a ação administrativa das finalidades de atenção à saúde (BAHIA, 1987b; FLORES, 1991; MENDES, 1993).

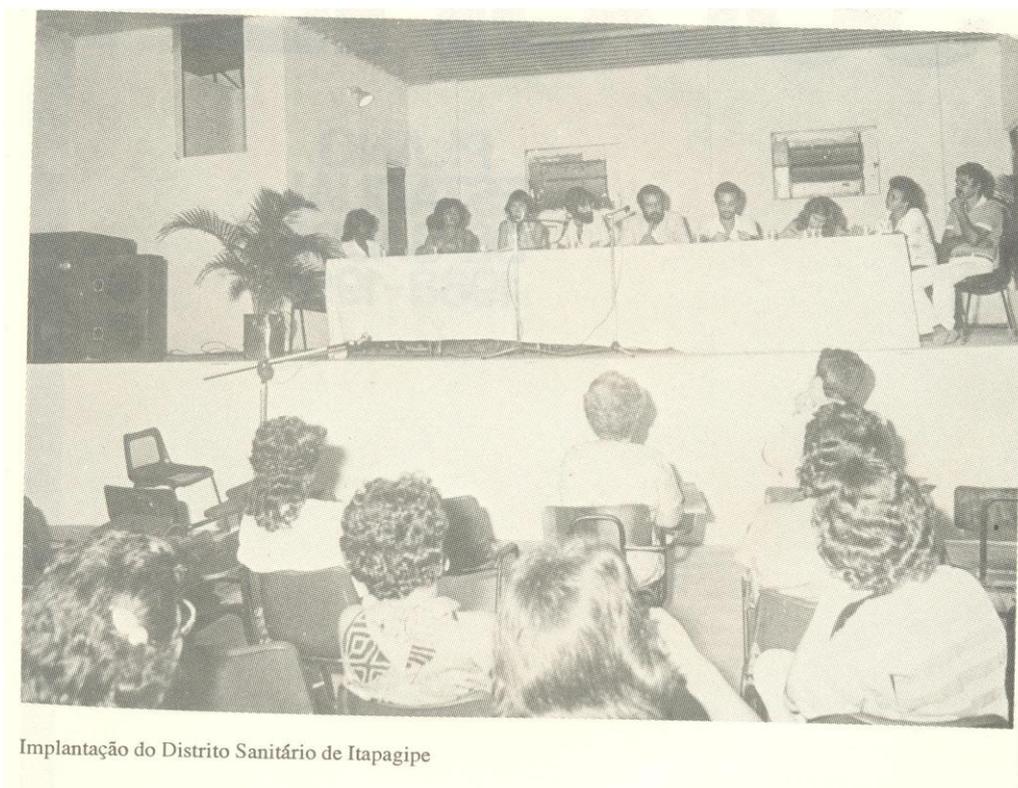
Incorporada como uma das diretrizes no convênio para implantação do Suds, a proposta de distritalização ganha materialidade na operacionalização deste convênio, que permite a realização de obras físicas, aquisição de equipamentos e materiais de consumo para unidades de saúde. Permitiu também o avanço para uma gestão democrática na rede de serviços da Sesab, definindo a criação da Comissão Executiva do Distrito Sanitário (Ceds), instância colegiada constituída em cada DS para tomada de decisões. Estas comissões foram formalizadas através de resolução

da CIS/BA (DOE de 27.05.88), que também define a criação dos Conselhos Técnicos e Conselhos Diretores nas unidades de saúde.

Na Bahia, a área geográfica de abrangência de um DS poderia ser parte de um município, um município ou um conjunto de municípios que operariam como um consórcio. A coordenação desse espaço geográfico ficava sob o comando do gerente de distrito sanitário e, quando se tratasse de um território municipal, caberia ao Secretário da Saúde Municipal acumular as funções de secretário e gerente. Estes gestores tiveram suas funções definidas pela Resolução 02/88 da CIS/BA, preconizando como sua atuação a articulação de toda rede de serviços presentes no território do DS, inclusive a do setor privado (FLORES, 1991).

Por se tratar de uma proposta de descentralização, como uma estratégia para modificar o modelo assistencial, a sua operacionalização implicava uma distribuição de poder desde o nível central da Sesab até estas instâncias intermediárias. Com o início da gestão de Luiz Umberto, desencadeiam-se processos para outorgar poderes (político, técnico e administrativo) as Dires, Distritos Sanitários e municípios. Estes, deveriam passar a gozar de poder de decisão para a formulação de suas políticas e desempenhar funções que anteriormente eram centralizadas nas esferas estadual e federal.

Uma das iniciativas que favoreceram a implantação da distritalização no estado, foi o estabelecimento de um convênio de cooperação técnica com a OPAS, que propiciou um intenso processo de consultoria ao distrito sanitário de Itapagipe. Um outro distrito, de Pau da Lima, também contou com apoio de uma organização internacional, a Associazione Italiana Solidarietà Tra I Popoli (AISPO), que neste caso, além de prestar assessoria técnica também viabilizou recursos para obras, equipamentos e custeio. Estas assessorias resultaram em processo de experimentação e produção de conhecimento, servindo de demonstração para disseminação entre outros DS, além de fornecer substrato para a elaboração de uma produção teórico-normativa que sustentou os momentos iniciais dos oitos DS e, posteriormente, para os outros vinte e dois implantados até o final da gestão de Luiz Umberto (FLORES,1991).



**Figura 12** - Reunião para implantação do Distrito Sanitário de Itapagipe no Auditório do PAM-ROMA (atual hospital São Jorge)

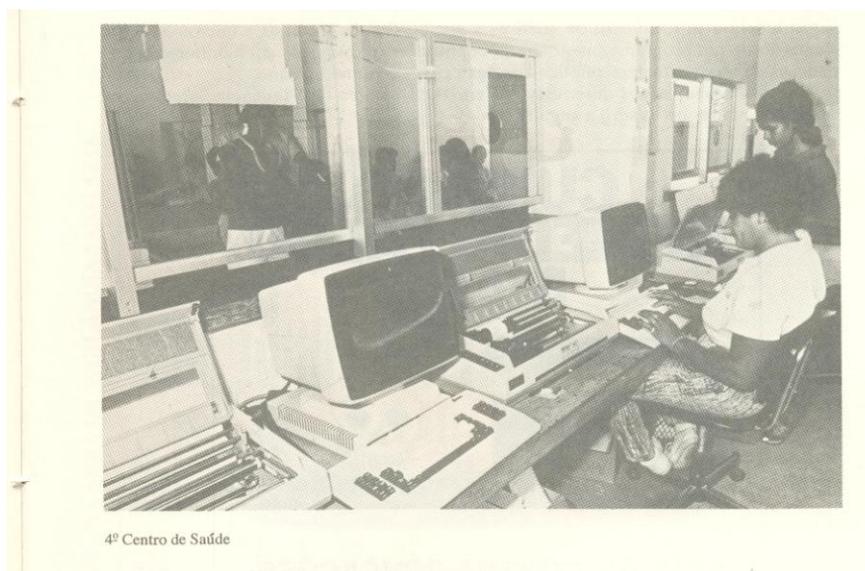
Essas iniciativas, somadas ao Curso de Gerência dos Distritos Sanitários, através de convênio com o DMP/UFBA, resultaram na capacitação de gerentes e equipes que passaram a exercer o poder técnico na articulação das idéias e das práticas, experimentando modificações na atenção à saúde que passam a ser utilizadas como modelo para outros locais.

Ressalto, como ator participante da implantação dos DS, que este processo motivava discussões com os trabalhadores de saúde e setores organizados da população. Isto somado a alguns mecanismos administrativos iniciais, como o acolhimento do usuário na rede de unidades de saúde e a implantação da referência e contra-referência, permitiu uma melhoria na qualidade dos serviços e uma adesão da população local à proposta<sup>45</sup>. Esta situação também fez com que a distritalização ganhasse destaque na mídia com reportagens enaltecendo a proposta e outras com críticas contundentes, estas últimas evidenciando a reação de grupos de interesses em manter o modelo assistencial hegemônico.

<sup>45</sup> Ver FLORES, 1991; CARDOSO, 1991.

Os resultados na implantação da distritalização concentraram-se no primeiro ano de gestão de Luiz Umberto, mas deparou-se no ano seguinte com a escassez de recursos e a morosidade para fazer a reforma administrativa da Sesab. Segundo Flores (1991), entre março de 1987 até 1989, a Sesab operou com três estruturas. Estas situações vão impondo restrição para cumprir a meta de implantar os cento e quatro DS programados, além da estagnação dos que já operavam. Uma das evidências das dificuldades para materializar a distritalização, como previsto nos documentos da Sesab, aparece quando na Reforma Administrativa, ocorrida no final de 1988, define-se a nova estrutura desta Secretaria sem incluir a estrutura do DS. Aliás, uma proposta de criação de estrutura administrativa para gestão dos DS já tinha sido enviada à Assembléia Legislativa Estadual, Projeto de Lei que nunca foi votado (PAIM, 2002).

Por outro lado, durante o período entre março de 1987 a maio de 1989, a estrutura da Sesab encarregada da implantação dos DS, embora tenha conseguido demonstrar o ponto forte da proposta, modificando práticas e produzindo documentos, não conseguiu impor a descentralização como ação transversal na Sesab. Deste modo, a condução do processo de distritalização ficou localizada em uma gerência no nível central da Sesab, causando morosidade na implantação dos distritos. Até maio de 1989, período incluído neste estudo, os DS implantados não passavam de mais vinte e dois em diferentes estágios de organização. Estudos que analisaram esta proposta, apontam avanços (FLORES, 1991; CARDOSO, 1991) no modelo de reestruturação da gestão da atenção à saúde, mas também apontam o caráter experimental da proposta, já que não envolveu toda a rede de serviços de saúde do estado, nem mesmo na capital. Os autores também constataram que a reestruturação promovida pelos DS no sistema de serviços de saúde demonstrou ser capaz de fazer as mudanças preconizadas para a Reforma Sanitária na Bahia.



**Figura 13** - Informatização do 4º Centro de Saúde Adriano Gordilho (nome da época) para implantação do prontuário família e agendamento de consultas e outros atendimentos. Unidade de Saúde pertencente ao Distrito sanitário de Itapagipe.

Luiz Umberto falou da amplitude restrita desta via de descentralização:

*Essa coisa (DS) não deu pra avançar, era uma coisa que estava engatinhando. Também era um modelo novo que estava se implantando, que precisa sofrer uma maturação de gente, dos quadros. Aprender com ele próprio, redefinindo. Isso não se teve tempo de consolidar [...], quer dizer cresceu, teve vários (DS) mais não conseguiu ter uma dimensão mais universal [...]. Nós não tínhamos nem pessoal preparado pra isso, pra tomar conta disso tudo e tinha que ir montando aos poucos mesmo, e ir fazendo. Apesar da minha pressa, porque eu briguei várias vezes. Eu achava muito poucos os distritos, era uma coisa que deveria ter espalhado mais pra redefinir todo o nível de saúde do estado. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

A insatisfação expressada pelo Secretário é compreensível por se tratar de um gestor que tinha clareza dos propósitos da sua gestão. Entretanto, no processo de distritalização, conseguiu-se avançar na organização de unidades locais de saúde, o que se evidencia na farta produção de documentos, mas, decididamente, a organização Sesab não se adequou para avançar e sustentar esta proposta. Por outro lado, os conflitos na política de recursos humanos, as dificuldades na incorporação do Inamps, a inoperância das regionais, a indiferença dos políticos e a centralização do governo estadual vão determinar os limites na implantação da descentralização via DS.

Embora reconhecendo que o poder técnico dos gerentes e equipe, a realização de obras, a aquisição de equipamentos e regularização de insumos permitiram aos DS avançar nas ações de reorganização administrativas e das

práticas na atenção à saúde, este avanço chegou a um ponto de esgotamento. O limite no manejo dos recursos financeiros e o restrito poder de decisão sobre questões cruciais, como por exemplo, o remanejamento e recrutamento de pessoal, fizeram com que os gerentes não pudessem exercer o poder administrativo e político que sustentaria a implementação do DS.

A municipalização, como outra via da descentralização, foi assumida de forma mais restrita no plano de ação do início do governo e se ampliou com a elaboração do Plano Estadual de Saúde 1988/1991 (BAHIA, 1987d). Neste documento a ênfase recaiu sobre a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o que atendia ao propósito da política de saúde do período, qual seja a democratização da gestão do sistema de saúde. Conforme artigo do Secretário da Saúde, o funcionamento dos CMS era visto como “[...] avanços no processo de municipalização” (PINHEIRO, 1988, p.1).

O convênio do Suds, embora tivesse o foco na estadualização<sup>46</sup>, previa a adesão dos municípios na perspectiva de avançar a descentralização para esta esfera de governo. Para tanto, estes deveriam cumprir critérios que, na Bahia, foram explicitados na Resolução do Conselho Estadual de Saúde nº 03/87 (1987b), quais sejam: organização dos Conselhos Municipais de Saúde<sup>47</sup> e a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), que deveriam ser aprovados por estes conselhos.

Os municípios que atendiam aos critérios encaminhavam suas solicitações à Assessoria de Planejamento da Secretaria da Saúde (Asplan), que funcionava como Secretaria Técnica da CIS, onde os planos eram analisados, e, em seguida, definido o repasse de recursos financeiros.

Segundo Paim (2002, p.85), os planos municipais para adesão dos municípios ao convênio do Suds “[...] tinham maior abrangência podendo envolver, além de recursos financeiros, a passagem de unidades, de pessoal e de atividades para a gestão dos municípios”. O comentário sobre a amplitude do convênio toma como base os convênios das AIS já existentes, porque o proposto para a nova adesão apontava para a possibilidade do exercício do poder administrativo e político por esta esfera de governo.

---

<sup>46</sup> No Brasil, o processo de descentralização do sistema de saúde desencadeado no final dos anos 1980, inicialmente se deu na forma de **estadualização**, isto é, a transferência de poderes do nível federal para os Estados (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

<sup>47</sup> Os Conselhos Municipais seriam responsáveis pela condução política no âmbito municipal e as Comissões inter-institucionais municipais atuavam no plano executivo (CARDOSO, 1991).

Mesmo com a perspectiva de maior autonomia, a descentralização para os municípios encontrou resistências. Uma delas se dava por permitir o envolvimento da população nas decisões das políticas municipais de saúde. Luiz Umberto se referiu a esta questão:

*[...] O processo de participação nós não conseguimos avançar no interior (municípios) por conta disso, porque as pessoas (lideranças políticas partidárias) questionavam: quem vai controlar é a população? Aí a pessoa cria resistência e aí era um processo duro (para reverter). Em alguns lugares muitos (prefeitos) não ingressaram no processo de descentralização por conta (da exigência em constituir) do conselho municipal [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Com a posse dos prefeitos eleitos em 1988, a Sesab desencadeou um processo mais intenso de municipalização. Para cuidar da adesão dos municípios foi criado, naquele mesmo ano, um grupo de trabalho referido por Flores (1991) como “Grupo de Municipalização da Sesab” (destaque do autor). Este tinha a finalidade de estabelecer estratégias para o incremento do processo de municipalização e apoiar os municípios para cumprir os critérios que permitiam o ingresso no processo de adesão ao Suds (BAHIA, 1989c). Apesar destas iniciativas, no final da gestão de Luiz Umberto na Sesab, apenas quarenta e dois municípios (11,4% do total do estado) assinaram o termo de adesão, quantidade pequena já que o estado, na época, contava com trezentos e sessenta e seis municípios (TEIXEIRA et al, 1989; FLORES, 1991).

Luiz Umberto relatou suas explicações sobre esta pouca adesão dos prefeitos:

*[...] mais as prefeituras (prefeitos) tinham medo [...], por conta da liderança na época do coronel Antônio Carlos (Magalhães). [...] todo mundo tinha medo, quer dizer os correligionários dele. Ele proibiu o pessoal entrar e muitos poucos assumiram. [...]. O medo que não foi explícito. A notícia foi que Antônio Carlos não gostaria que participasse, com medo [...], que o governo (de Waldir Pires) tivesse influência maior nos municípios. E aí com isso houve uns poucos que procuraram (a Sesab para adesão ao Convênio Suds) (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

O comentário do Secretário revela, mais uma vez, a fragilidade da coligação que elegeu Waldir Pires. Apesar de ser a maior vitória eleitoral da oposição no estado, carecia de um projeto da coligação minimamente articulado com o programa de governo. No caso da saúde, a democratização era um propósito fundamental, colocado insistentemente nos documentos produzidos e muito presente na fala de

Luiz Umberto nas doze horas de entrevista para este estudo. Sobre esta questão, o secretário afirma:

*Lógico, os que eram da situação vieram, mas mesmo da situação começaram a discutir o que não era de seu convencimento, porque nunca tinha existido isso (participação da população). (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Luiz Umberto registra resistência também por parte dos deputados estaduais:

*E também nós tínhamos medo de perder o apoio (para dar sustentação à votação que daria base legal aos conselhos) na Assembleia Legislativa (da Bahia). Nós trabalhávamos no plano do convênio (do Suds) e a tática que nós usamos era não mexer muito porque com o avanço, mesmo com gente favorável do governo (aliados da base política de sustentação), estes não estavam aceitando bem. Os conservadores, porque era a primeira experiência na Bahia e foram uma das primeiras do Brasil, você ter um conselho deliberativo [...]. Eles ficaram com medo ao verem a reunião (do conselho estadual), a conferência (de saúde), quando eles viram a conferência nos jornais, na televisão, cheia de gente [...]. Eu sei que eles viram o público todo (a participando)[...] três dias pessoas discutindo, tomando deliberação lá dentro (na salas onde se realizavam os grupos de discussão nas conferências) sem ninguém mandar nem desmandar, sem articular politicamente (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Uma das ações de Luiz Umberto para aumentar a adesão dos prefeitos as propostas foi tentar convencê-los, esclarecendo a sua posição:

*Eu fiz palestras na Associação de todos os municípios a União de Municípios da Bahia (UPB) [...]. Coloquei lá, coloquei os compromissos quais eram, expliquei que era uma luta toda da Reforma Sanitária, que ia implicar nisso e naquilo, na Constituinte. [...] Um ou outro (prefeito) foi maleável, mas muito pouco, nós fizemos muito pouco nessa parte, mas também o tempo foi curto [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

E, finaliza, reconhecendo o pouco avanço desta forma de descentralização durante a sua gestão na Sesab:

*Nós fizemos a questão de começar o projeto da municipalização, mas isso foi a coisa em que nós estivemos mais atrasados, por conta das questões políticas [...] (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Na revisão documental, encontrei referências à municipalização no Plano Estadual de Saúde, para o período 1988 a 1991, em todas as suas etapas. No diagnóstico os problemas centraram-se na ausência ou mau funcionamento dos CMS e as fragilidades das secretarias municipais ou até a inexistência das mesmas em alguns municípios. Baseando no diagnóstico, estão definidas as estratégias e os indicadores de monitoramento da municipalização, o que denota a sua incorporação

na Política Estadual de Saúde (BAHIA, 1987b).

Entretanto, diferentemente dos DS, a municipalização, enquanto estratégia que carecia de um papel indutor da Sesab, não estava consistentemente formulada nos documentos analisados. Luiz Umberto também reconhece que a timidez com que a municipalização ocorreu no estado decorreu em parte do papel da Sesab:

*Tinha fase inicial que eles aderiram, recebiam os recursos e depois eles iam assumindo aos poucos (os funções de gerir os serviços de saúde em seu território) porque também não tinham quadros, tinham que fazer treinamentos e nós não tínhamos intermediários (referindo-se as instâncias regionais, DIRES). Era direta (a relação com o grupo do nível central da Sesab), mas conseguiram municipalizar acho que vinte e tanto ou foi trinta prefeituras que foram as primeiras [...]. No segundo ano, nós fomos avançando, aí foram criando alguns conselhos municipais, esses conselhos tinham que ser monitorados por a gente (da Sesab), mas não tinha força de lei. (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

A forma de operar a descentralização pela Sesab foi analisada por Flores (1991), que identifica uma falta de coordenação do processo de descentralização. Isto é explicado pela existência de duas estruturas administrativas separadas, uma para a municipalização e outra para a distritalização. Disto, resultava uma condução não articulada entre os dois processos, por parte dos dirigentes e equipes responsáveis.

Desta forma, perde-se a oportunidade de potencializar os resultados com a integração dos dois processos. O fato de as Dires ficarem alijadas da municipalização, seguramente impôs um limite nos resultados obtidos pela dificuldade do estado em articular com 366 municípios com este processo centralizado pela equipe do nível central da Sesab. Entre as duas vias tratadas até aqui para a descentralização, identifico na Sesab a supremacia da distritalização que, embora não tenha sido incorporada por todas as estruturas, dominou o discurso institucional. Faço esta afirmativa baseada no número de documentos técnicos-instrucionais produzidos, tendo como conteúdo as propostas para o fortalecimento dos DS, o mesmo não acontecendo com a municipalização.

Mas, também, existiam problemas políticos de não aceitação da municipalização como estratégia no Governo Waldir Pires. Um dos prefeitos favoráveis à municipalização era Ubaldo Dantas, que governava o município de Itabuna. Defensor de uma municipalização mais radical, ou seja, a assunção do

comando de todos os componentes do sistema municipal o mais rápido possível, sua solicitação não encontrou eco na Sesab.

Sobre este município, encontrei nos arquivos da Sesab um projeto de atenção à saúde com proposta para reformulação do modelo assistencial, que no seu conteúdo demonstra aderência com o preconizado pela Reforma Sanitária. Perguntei a Jairnilson Paim, que assessorava os aspectos técnicos na Sesab, assim dito por ele “[...] tudo que é técnico era comigo [...]”, sobre este projeto:

*Sabia que ele (o projeto) existia, mas ele não foi em nenhum momento, nenhuma pressão ou demanda pra que a gente incorporasse [...]. Me lembro que as pressões de Ubaldo (Dantas) era muito mais pra que se municipalizasse, que tivesse autonomia ta, ta, ta...., mas esse projeto eu não me recordo [...]. Se passou (o projeto) pela secretaria (Sesab), passou de uma forma burocrática. Não, não foi incluída na agenda, como a gente diria hoje, eu não me lembro de ter parado pra ler, pensar [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

O prefeito Ubaldo Dantas era médico sanitário, tinha boas relações com os quadros dirigentes da Sesab (informação confirmada por Jairnilson Paim) e uma proposta de atenção à saúde alinhada com a RS, em um estado que tinha como uma das diretrizes da Política Estadual de Saúde a municipalização. Se isto é verdadeiro, estavam postas as condições para o município de Itabuna assumir as ações executadas até então pelas outras esferas de governo no setor saúde. Este poderia, inclusive, ser um município modelo para a experiência da descentralização. Por que isso não aconteceu?

Flores (1991) aponta, em seu estudo, as fragilidades da Sesab em prover condições para que a descentralização fosse operada, inclusive identificando um movimento inverso de centralização tanto na Sesab como no governo estadual. Por outro lado, o governador Waldir Pires, em sua entrevista para esta pesquisa, falou de muitas realizações no seu governo em relação à saúde, dos interesses político-partidários que teve de enfrentar, da relação com Luiz Umberto, mas em nenhum momento se referiu à descentralização ou municipalização. Inclusive, segundo Jairnilson Paim (01/12/2010), quando o governador foi provocado por Hésio Cordeiro, presidente do Inamps na época, que lhe enviava mensagens para avançar na municipalização, respondia: “Diga a Hésio que eu não sou menino [...]” que ia ter eleição em (19)88”.

Luiz Umberto, nas entrevistas, refere que este processo de descentralização implicaria em investir de autoridade, ou seja, outorgar legalmente poderes (político, técnico e administrativo) às estruturas político-administrativas dos níveis intermediários (Dires e Distritos Sanitários) e municipais. Esta não parece ser uma idéia consensual nos membros do Governo da época.

Observa-se posição antagônica entre o Governador e o Secretário, à medida que Luiz Umberto buscava implantar as propostas da Reforma Sanitária, o que incluía a municipalização. Já o Governador, posiciona-se em sentido inverso, ao vislumbrar que a distribuição de poder para a esfera municipal daria uma autonomia aos prefeitos que mudaria os mecanismos vigentes nos acordos eleitorais. Isto significa que posições contraditórias entre o Governador e o Secretário da Saúde seguramente impactaram nos resultados de um governo que queria “Mudar a Bahia mudando a Saúde”.

Para materializar a descentralização, fazia-se necessária a redefinição de funções e competências do governo do estado e da Sesab, dos níveis intermediários e da esfera municipal, exigindo um redesenho de responsabilidades e de poder. Por se tratar de um processo que levaria a modificação nas relações de poder e uma perda deste pelas esferas centrais de governo, incluindo o nível central da Sesab, este processo conviveu com conflitos de interesses que impactaram nas relações políticas da Sesab com as diversas estruturas de poder na implementação da política estadual de saúde.

Finalmente, a terceira via da descentralização deu-se pela criação de unidades gestoras nas Dires, hospitais, centros de saúde localizados em Salvador e laboratórios. Com esta descentralização, cento e quatro unidades de serviços no estado passam a gerir recursos financeiros, permitindo agilidade no provimento de insumos e obras de recuperação (PAIM, 2002).

Buscava-se, portanto, propiciar uma relativa autonomia das instâncias regionais e unidades de serviços para estabelecer consonância com o planejamento ascendente e participativo realizado no processo de elaboração da POI 1988 e do Plano Estadual de Saúde. O repasse dos recursos financeiros se dava através dos Planos Trimestrais de Trabalho (PTT), formulários que oportunizaram a descentralização de poder administrativo, na medida em que garantiam o manejo de recursos financeiros e favoreciam o exercício do poder técnico e político (PAIM, 2002; BAHIA, 1988; BAHIA, 1987).

Entretanto, estas medidas descentralizadoras ficavam restritas à Sesab, enquanto outras áreas do governo, como as responsáveis pelo planejamento, arrecadação e administração atuavam impondo uma centralização do governo estadual (PAIM, 2002), gerando conflitos entre o dirigente da saúde e os destas áreas. A expressão desta situação fica evidente quando uma medida mais avançada (programação descentralizada) foi contraposta por uma programação com modelo conservador do governo para todos os setores.

Em março de 1987, no início do governo Waldir Pires, encontra-se o setor saúde gerido por duas estruturas: uma que formulava a política, a Sesab, e a outra que exercia as funções de administração da rede e de pessoal para executar as ações de saúde, o Iseb. A execução da assistência à saúde era acompanhada através de 27 Dires. Esta forma de gestão foi modificada com a extinção do Iseb na reforma administrativa realizada no primeiro ano deste governo (BAHIA, 1987c).

Com a reforma ocorreu a junção das funções normativas, técnicas e administrativas que passam a ser responsabilidade da Sesab o que, segundo Paim (2002), resultou na ampliação da centralização das decisões, à medida que o Iseb foi reduzido a uma superintendência de saúde da Sesab. Para este autor:

Assim, a administração financeira do Iseb, considerada a mais moderna, informatizada e eficiente do governo do estado, foi limitada a uma Inspeção Setorial de Finanças, prejudicando por muito tempo o seu funcionamento, até que a Secretaria da Fazenda organizasse de forma centralizada toda a máquina contábil e financeira (PAIM, 2002, p.110).

Esta centralização afetou o funcionamento tanto das ações no nível central como das estruturas desconcentradas: as Dires. Em 1988, desencadeou-se um processo de implantação das unidades gestoras de recursos financeiros, como forma de superar a excessiva centralização administrativa (PAIM, 2002; 1990).

*Tudo que existia no estado e público (rede de assistência) tinha a ver com a Secretaria de Saúde: a distribuição de remédio, a compra de material etc. Tinha uma coisa que nós fizemos que era também estratégico [...] nós começamos de qualquer maneira abrir possibilidade da reforma administrativa, essa reforma começou a ser feita, nós começamos a descentralizar também a gestão financeira, começamos a abrir certos setores da secretaria para eles começar ter certo campo de autonomia. Não tudo que não pode, mais a ter um campo de poder, ter uma descentralização. Começamos a trabalhar com a descentralização também para as Dires, mais aí você tinha que treinar o pessoal todo, formar o pessoal, tudo isso, isso é uma tempo inimaginável né? (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

A descentralização em curso exigia um aprendizado em operar a “máquina pública”, já que o processo centralizado que funcionava criou “feudos” de poder administrativo difícil de serem desfeitos. Esta dificuldade, associada ao tempo burocrático para uso de recursos públicos, gerou entraves no funcionamento dos serviços de saúde. As dificuldades de avançar na descentralização do poder administrativo agravam-se com a escassez de recursos financeiros que se instala nos cofres do estado.

Ao longo do segundo ano da gestão de Luiz Umberto, vão desaparecendo as condições favoráveis que sustentavam uma imagem objetiva da Reforma Sanitária. As mudanças no cenário político nacional levam a modificações na gestão central e no escritório regional do Inamps, repercutindo na implantação do Suds:

*[...] O grande baque (situação desfavorável) que nós tivemos foi com menos de um ano. Eles (o grupo de políticos ligados ao governo) retiram o Hésio (Cordeiro) do Inamps e põe um médico que era o médico de Sarney. Ele não tinha nada que ver com o Movimento da Reforma Sanitária, um homem de direita, não tinha nada a ver, ele nunca foi ligado a isso, era um velho funcionário do Inamps, de carreira. Quer dizer, era muito mais inampista, aquela concepção do Inamps de atendimento, de carimbo e tal... Isso foi um desastre, ele esvaziou a área de investimento, que foi o grande baque que a Bahia teve, a área de investimento [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Os repasses para as unidades gestoras passam a ser irregulares. Mesmo assim, as Dires não executam e não conseguem dar suporte aos postos e centros de saúde para melhorar a qualidade da assistência. O governo estadual promove uma série de mediadas centralizadoras, justificadas como necessárias para conter gastos. Assim, um governo que se afirmava como democrático revela-se como centralizador (PAIM, 2002), o que torna mais difícil romper com as estruturas e procedimentos burocráticos do instituído.

Em síntese, o antagonismo entre a Sesab que investe na descentralização, mesmo enfrentando dificuldades internas, e o governo estadual, que se organiza em movimento contrário, é um ponto chave no desencontro do tempo político e do tempo técnico. Como consequência as mudanças na atenção à saúde anunciadas não são percebidas pela população.

## 6 OS IMPASSES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO DA REFORMA SANITÁRIA NA SESAB

A implementação de um projeto político enfrenta algumas situações que levam constrangimentos na sua efetivação. A implantação da RS, ao propor mudanças radicais no sistema de saúde brasileiro, confrontava-se com interesses potencialmente conflituosos, exigindo negociação entre vários atores situados em posições distintas, como por exemplo: gestores das três esferas de governo, câmaras legislativas, trabalhadores, líderes comunitários etc. O programa do governo democrático na Bahia assumia as propostas da RS e tinha como propósito fundamental a democratização da saúde, o que implicava a capacidade de pactuação política constante.

No ano de 1987, registram-se mudanças na Sesab e na assistência à saúde da população baiana, fato incontestável em todos os discursos dos sujeitos da pesquisa. Entretanto, a partir do final do primeiro semestre de 1988, os ajustes no acordo político partidário no âmbito nacional resultam em uma nova correlação de forças, refletindo em significativo corte de recursos para o financiamento do Suds. Como consequência, o governo da Bahia enfrenta dificuldades em concluir obras importantes e adquirir equipamentos para garantir a ampliação de oferta de serviços de saúde. Por outro lado, o jogo da política partidária vai se acirrar com as eleições municipais.

Passado o primeiro ano do governo Waldir Pires, as negociações político-partidárias para indicações dos cargos já se encontravam acomodadas, mas, com as eleições municipais, instalam-se novas demandas que vão interferir na gestão da Sesab. Um das demandas emergentes foi incluir mais de 40 municípios no bojo de um decreto do governador que, em caráter provisório, autorizava contratação de médicos para serviços onde não existia este profissional. Esta era uma medida administrativa emergencial, enquanto não se realizava o concurso público. Com a proximidade das eleições, a relação de Luiz Umberto com grupos partidários fica ainda mais difícil:

*Nas eleições municipais teve um grave problema comigo. O projeto que eles (grupos políticos partidários) faziam de apoio (aos candidatos) em 1988 era para incentivar a ampliação do governo no interior [...]. Aí nesta luta eles queriam tirar o carlismo que ainda estava bem estruturado no interior. Era uma estratégia política, não tinha problema nenhum. Mas a questão é que eles começaram a entrar com o clientelismo (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

*[...] Que era o negócio de abrir mão para o período eleitoral (e contratar médicos pelo decreto emergencial) em oitenta e oito dos municípios [...]. E aí o grupo do governo acabou fazendo um programa que eu chamei de clientelista, que eu não ia fazer, me recusei a fazer [...]. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Este programa para apoio aos candidatos do governo às eleições municipais envolvia a contratação de médicos e, também, a aquisição de insumos (como remédios), além de ambulâncias. Esta forma de assistência, com base no modelo biomédico, era antagônica às propostas de mudanças da RS e do governo na Sesab. Luiz Umberto relata como enfrentou esta situação:

*Chegava todo dia pedindo ambulância, mesmo o pessoal dos partidos de apoio. Chegava e dizia: olha, eu tenho direito aqui a tantos (um valor definido no programa), pedia remédio, pedia tudo. Eu só dava ambulância para hospital. Eu dizia: se você tiver hospital e está necessitando de ambulância, chegue lá para população e diga que vocês vieram reivindicar. Vocês estão fazendo pelo bem do município, mesmo não estando na gestão. Isto é legítimo; o que não vou fazer é dar na mão de vocês ambulância, remédio [...]. Se o posto de saúde está sem remédio você me traz o nome do posto, a população tem direito [...]. [...] Diga a fulano, beltrano, cicrano que aqui não é quitanda, ninguém vai comprar nada [...]. Isso cresceu, cresceu, aí fizeram uma reunião para me dar um golpe, a reunião era eu com todo mundo. Eu não sabia, me chamaram lá na casa de Ondina, onde Waldir (Pires) fazia reuniões políticas.[...] Cheguei na reunião, denunciei ao governador: o senhor não foi eleito e nem eu convidado para fazer esta política que está aí, que chamavam de programa de emergência [...]. Ele (o governador) ficou agoniado. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009). [...] Mas aí o governador mudou a ordem, tomou conhecimento e disse: não, o programa tem que seguir o programa do governo. Então, eu quero que faça um programa. Eu disse: tudo bem. (o governador respondeu) “Quanto a isso não tenho dúvida, agora eu quero agilidade no programa”. Eu disse: farei o que eu puder pra essa máquina andar, agora diante do programa que nós concordamos (quando da campanha política e início do governo) [...].(LUIZ UMBERTO, 14/12/2009)*

Diante desta decisão do governador, Luiz Umberto, mesmo reconhecendo que conseguiu seu intento de frear uma forma de fazer política que abominava, conclui: “Agora foi criando-se, foi somando-se, muita insatisfação (entre os políticos) [...]”. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009)

Quando o Secretário na entrevista refere que “[...] era eu contra todo mundo”, pode-se inferir a existência de outras negociações indiferentes aos acertos do programa de governo. Durante a campanha eleitoral municipal, a estratégia do governo Waldir Pires foi constituir um grupo político sem participação dos dirigentes da Sesab, inclusive do secretário Luiz Umberto, que construiu um programa específico de estratégias e ações de saúde, visando a objetivos eleitorais.

Por outro lado, a Sesab dispunha de programação própria e do Plano Estadual de Saúde 1988/1991, que poderiam subsidiar a atuação do governo mesmo durante um período eleitoral. Luiz Umberto registrou:

*[...] Houve problemas de repasses (de recursos financeiros já programados), e aí as coisas viraram mais emergência do que necessariamente um programa planejado [...]. O hospital geral não foi inaugurado na época de Waldir pelo atraso do próprio governo [...]. Nós tivemos uma pequena parada dessa parte de luta estratégica por causa destas duas questões nacional e local (corte de recursos) [...]. A minha presença já era de discordância com algumas medidas que o governo estava tomando (esta discordância também dificultou o repasse de recursos estaduais para saúde) [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Por defender suas convicções de como fazer política, Luiz Umberto cria animosidade com os deputados e representantes de partidos políticos. O desafio para ele era implementar novas formas de relações com a sociedade, mesmo em períodos eleitorais, o que significava contrapor costumes político-partidários enraizados. Assim ele descreve sua convicção: “Eu não entrei no fisiologismo para ganhar na política. A luta é outra, a gente vai fazer a luta política para ganhar.” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009). Sobre esta questão Waldir Pires acentua:

*Isso nós não fizemos (clientelismo). Luiz Umberto não fez, Luiz Umberto, ele não tinha nem gosto pra isso (clientelismo) também até tratava mal os deputados [...]. [...] Ele não era propriamente uma pessoa fácil de convivência. Eu, as vezes, chamava ele e dizia: mas você tem que..., tem que ver as condições com realismo. Mas à vezes ele deixava lá (no gabinete da Sesab) deputados uma hora, duas horas pra ele receber [...]. [...] E eu segurei, segurei até o fim [...]. Ele era realmente uma pessoa devotada. Não foi fácil, mais foi bom (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

O governador afirma concordar com a posição política e com as convicções éticas de Luiz Umberto, mas, ao aconselhar o Secretário para ver “as condições com realismo”, demonstra uma crítica à maneira como este lidava com os políticos e com suas demandas. Revela, também, a pressão política que recebia para destituir o Secretário da Saúde.

Jairnilson Paim também discorreu sobre o afastamento de Luiz Umberto dos políticos:

*[...] Luiz Umberto rejeitava o clientelismo político, o fisiologismo de outros e tal; ele foi perdendo também apoio na Assembléia Legislativa (da Bahia), mesmo que o governo tivesse contemplado muitos interesses de deputados federais e estaduais nas Dires e nos hospitais do interior (nomeando as pessoas indicadas por políticos) [...], (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Após as mudanças nos quadros dirigentes do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Inamps, entre final do ano de 1988 e início de 1989, verifica-se um contexto político-institucional marcado por grande indefinição das fontes financiadoras para a saúde, o que gerou irregularidade no repasse de recursos financeiros do âmbito federal para os estados. Disto resulta o início da paralisação no processo de implementação do Suds em todo o País. (TEIXEIRA et al, 1989).

Por outro lado, mesmo em um período de transição democrática, após 1985, permanece a concentração de poder no âmbito federal, propiciada pela reforma tributária de 1966. Esta reforma unificou o sistema tributário municipal e estadual atrelando-os à União, levando a um aprofundamento da dependência de estados e municípios ao poder central (FRANÇA, 1998; GUIMARÃES, 2000).

Na Bahia, esta dependência financeira da esfera federal, que não garantiu a regularidade nos repasses definidos na Programação e Orçamentação Integrada/POI-1988, teve como consequência direta o não cumprimento de metas essenciais para as mudanças programadas na Sesab. A escassez de recursos financeiros se agrava nos primeiros meses de 1989 com a interrupção, pelo Inamps, dos repasses referentes ao convênio Suds (PAIM, 2002).

*[...] Avançamos no primeiro ano [...]. [...] Já tínhamos mostrado que tínhamos condição de ir bem mais além; aí ele (o representante do Inamps) cortou (os recursos). [...] Aí foi uma bomba dentro do governo. Como pagar agora os recursos (gastos), já que nós estávamos (nos) mantendo muito com os recursos federais [...]. Aí foi um problema sério [...]. Foi uma luta dura. Eu tive que enfrentar isso com toda força, o que retinha totalmente minha atenção [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Se a interrupção dos recursos do convênio Suds foi motivo de paralisação do projeto que conduzia para a unificação das instituições estatais federais e estaduais responsáveis pelas ações de saúde em todo país, na Bahia esta interrupção foi conduzida de modo especial. Isto porque o líder político, vencido nas eleições estaduais de 1986, se aproxima do governo do Presidente José Sarney e passa a responder pela pasta do Ministério das Comunicações. Nesta posição de aliado do governo federal, ACM influi na indicação do novo representante do Escritório Regional do Inamps na Bahia, que passa a ser gerido por um representante da rede privada de serviços de saúde. Pelo lado das comunicações, ACM também controla a repetidora da TV Globo no estado, com transmissão dos seus programas através da TV Bahia, propriedade de sua família. Nesta posição de aliado do governo federal e

com influência no repasses de recursos da União, somando-se ao completo acesso e controle da mídia, ACM e seus aliados imprimem uma campanha ostensiva contra o Suds no estado, fazendo coro com o que também acontecia no plano nacional.

No cenário nacional ressalto a atuação no espaço de luta pela Reforma Sanitária no Conass. Nesse espaço, Luiz Umberto teve um papel importante:

*[...] Eu já subo (após a nomeação para ser secretário estadual da saúde) para presidência do Conass com o papel de entrar (de atuação política) na Constituinte. Aí eu tenho acesso (à Assembléia Nacional Constituinte) como presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acesso a discussão lá dentro. E aí fiz aprovar algumas questões importantes dentro do conselho (Conass), levando a posição de todos os secretários de saúde do País para dentro da Constituinte, fazendo a pressão para eles (os deputados Constituintes) não recuarem (nas propostas do movimento pela Reforma Sanitária) [...] (LUIZ UMBERTO 23/11/2009).*

Esta atuação do Conass é analisada por Rodrigues Neto (1997) que chama a atenção para o direcionamento da posição de lideranças do movimento sanitário em fazer incursões junto aos parlamentares, para garantir a formulação da base jurídico-institucional para a Saúde coerente com o projeto da Reforma Sanitária.

Segundo Paim (2002), na passagem do ano de 1988 para 1989, o Conass já não contava com a presença predominante de secretários da saúde que defendiam a RS. A saída de lideranças do movimento sanitário, como por exemplo, Sérgio Arouca, que se afasta da gestão da secretaria estadual do Rio de Janeiro, vai modificar o discurso e a condução política do Conass após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (RODRIGUES NETO, 1987; BRASIL, 2006). Paim (2002 p.103) chama a atenção para o fato de que a mudança na composição do Conass, até então favorável ao projeto da RS, permite o avanço de “[...] forças que se opunham à Reforma Sanitária, a Bahia se tornava o foco maior do combate visando o retrocesso da política de saúde”.

A intensidade do retrocesso do projeto de RS na Bahia se dá pela presença de ACM na nova composição de forças na política nacional (MORES, 2003) e pelo fato de as mudanças, neste estado, terem assumido visibilidade nacional durante o primeiro ano de governo Waldir Pires, como já apontadas no item anterior. A partir do segundo ano de governo, os acontecimentos na saúde na Bahia já não são mais um “farol” (expressão usada por Luiz Umberto nas entrevistas) e as possibilidades de discussão do que acontecia na Bahia já não tem eco em espaços nacionais,

como, por exemplo, no Conass. Desse modo, consolida-se o isolamento político de Luiz Umberto também no âmbito nacional.

Na Bahia, com espaço garantido na mídia, via rede de TV e jornal, algumas entidades de saúde posicionam-se contrárias às ações da Sesab, como relata Jairnilson Paim:

*Desde 1987, e especialmente em 1988, quanto mais Luiz Umberto anunciava que reformou o hospital ou que iria criar um novo, no dia seguinte, na semana seguinte saía o Cremeb visitando hospital com a imprensa atrás dizendo: olhe, esse hospital não funciona, falta isso, falta aquilo, falta aquilo outro. [...] Isso o Cremeb fez, foi um dos desestabilizadores, digamos assim, de coisas que se faziam na secretaria (Sesab). Foi a visibilidade que tinha o Cremeb junto com a mídia não é, pressionado, cobrando e denunciando a rede que não funcionava [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Paim (2002) já havia chamado a atenção para a intencionalidade política destas críticas, desde quando os serviços federais e privados de saúde nunca eram o foco do pronunciamento desta autarquia pública, e, ainda, apresentavam condições inadequadas de funcionamento. A postura dos dirigentes do Cremeb marca o distanciamento desta autarquia com a gestão de Luiz Umberto e todo o conjunto de mudanças que vinham se processando nos serviços de saúde estatais com a implantação do Suds.

Os conflitos e críticas sobre a gestão da Sesab e implementação do Suds, fora do governo estadual, são, também, fatores importantes de desestabilização na condução das mudanças da saúde no estado. Nos últimos meses do governo Waldir Pires e da gestão de Luiz Umberto, os encontros concentram-se ao interior do próprio governo. O foco das discussões vão se localizar na escassez de recursos financeiros e no alinhamento do governo para a proposta de modernização através da Reforma do Aparelho de Estado, que se consolida na década de 1990<sup>48</sup>.

Luiz Umberto pontua este momento:

*A minha luta dentro do governo (estadual), e aí começam a surgir as propostas de demissão em massa e eu comecei a me por contra a linha do governo [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Ao se referir a “linha de governo” Luiz Umberto se reporta à redução da “máquina do estado” através da demissão de grande número de servidores, na

<sup>48</sup> Ver Cadernos MARE da Reforma do Estado (BRASIL, 1997)

perspectiva da modernização neoliberal do Estado brasileiro. Esta proposta fica clara no embate relatado por ele:

*[...] Eu tive uma discussão dura na época sobre o projeto neoliberal, o enxugamento do Estado, e questionei a ele (Waldir Pires) se ele estava abandonando a Social Democracia? O Estado de Bem-Estar Social? Ele disse que não, que ele era Social Democrata convicto, e que não haveria redução de nada no campo social. Então a Saúde, a Educação, a Segurança Pública, a Reforma Agrária, tudo estaria mantido, não haveria demissão, só tem que isso era mais de noventa por cento do funcionalismo (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Quando enuncia essa discussão, Luiz Umberto refere-se à tensão existente durante uma reunião e faz duas afirmativas: uma de que “Isso foi uma discussão com todos os secretários”; e a outra que “Waldir (Pires) me apoiou [...]” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009). Questiono este apoio referido pelo Secretário. Era fato a diminuição de recursos para a saúde pelo estado. Ao confirmar que toda área social não deveria sofrer alteração e, ao mesmo tempo, não apontar solução para a eminente demissão dos mais de noventa por cento servidores, nas palavras de Luiz Umberto, o governador optou por não decidir sobre este fato, o que acirrou conflitos entre seus assessores diretos e secretariado. Desta forma, o governador eximiu-se da oportunidade de dirimir conflitos dentro seu governo e encontrar uma solução para as demissões em massa de servidores e para superar a escassez de recursos.

Esta situação só fez aumentar a distância entre Luiz Umberto e os outros secretários e o próprio governador.

Luiz Umberto faz referência à existência de um projeto político não explícito, que direcionava as ações do governo:

*[...] O projeto, que era um projeto montado desde antes da proposta da demissão (de servidores) em massa, pra abrir dinheiro pra infra-estrutura, o capital rentável, e aí ocorreu o problema. Waldir (Pires) já estava na época começando a pensar muito na Presidência, já era um homem cotado pra ser (candidato a) presidente da República. [...] Começou a ter muito problema político interno (no governo estadual). Waldir (Pires) saindo, e muita gente querendo assumir um chamado poder paralelo. Não um poder legitimado, mas que acaba exercendo um poder de decisão, um deles foi essa questão de demissão que eu disse que não ia aceitar (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

As evidências apontam para a existência de um grupo articulado dentro do governo para o qual as opções de aumentar a rede de serviços de saúde pública, atender com qualidade a população e diminuir os investimentos na rede privada iam de encontro ao projeto de modelo de Estado por eles idealizado. Por outro lado, a

visibilidade do projeto político defendido por Luiz Umberto ainda lhe garantia algum espaço na mídia para denunciar o risco de seguir um caminho inverso do projeto da RS, assumido quando da campanha eleitoral. Diante destas constatações, o “grupo do chamado poder paralelo” utilizou da possibilidade iminente da saída de Waldir Pires e da necessidade de conter gastos, para criar situações que levassem ao afastamento de Luiz Umberto da gestão da Sesab:

*Demissão (de servidores em grande quantidade) seria um caos pra saúde e alguns que queriam me vê fora, forçavam isso, porque sabiam que eu ia romper e também porque eles tinham um projeto, que é um projeto que iam fazer a chamada modernização (do aparato do Estado). Obedecer as regras todas que estavam aí, da reestruturação financeira, econômica do Estado brasileiro, toda aquela coisa, eles de dentro (do Governo Democrático) vinham com um projeto neoliberal [...] (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

*[...] No estado faltou recursos, aí faltou recursos e eu tive uma briga séria dentro do governo. Mas aí foi direto com o secretário da Fazenda, e outras eu tive depois com outros grupos, quando eu comecei a denunciar a falta de recursos (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

No início de 1989, o tema das demissões vai se intensificar nas discussões dentro do governo estadual. Luiz Umberto refere a uma outra reunião do governador com seu secretariado e assessores mais diretos para discutir este problema. Waldir Pires ausenta-se no meio da reunião, determinando a exclusão das áreas sociais da lista de servidores a serem demitidos, posição defendida por Luiz Umberto. Após a saída do governador da reunião, o grupo de articulação dentro do governo para garantir o projeto da modernização do aparato do Estado se revela, como conta Luiz Umberto: “[...] Um dos articuladores me disse: não pense que vai ser assim como o governador está dizendo” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009), desautorizando o governador na sua ausência.

Luiz Umberto comenta que o projeto das demissões já tinha sido discutido em reuniões anteriores, ocasião em que fez críticas contra e foi apoiado por mais dois ou três secretários estaduais. Mas nas últimas reuniões: “[...] Ninguém conversou, só fiquei eu, isolado, contra o projeto” (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).

Nesta altura, o Secretário da Saúde só contava dentro do governo, segundo ele, com o apoio do governador, que confirma a decisão de não demitir servidores das áreas sociais. Mas Waldir Pires já estava em retirada, para usar uma expressão de guerra, fato que Luiz Umberto refere-se de forma enfática como uma “luta”.

*Logo depois ele (Waldir Pires) saiu do governo. Ele teve que pedir licença de um mês [... para ir à Brasília articular a candidatura dele (para presidente da República), que ele ia disputar com Ulisses (Guimarães). [...] E aí criou-se um problema sério com a licença dele. Nilo Coelho (vice governador que assume o mandato de governador) quis impor o projeto (das demissões dos servidores). Ai foi outra briga forte (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Com o afastamento de Waldir Pires do cargo, é o vice-governador quem assume o comando das negociações. Este convoca uma reunião, e, segundo Luiz Umberto, já portando o decreto da demissão em mãos para ser assinado por todos os secretários. Isto era necessário por existir um decreto do governador Waldir Pires, assinado no início do governo, determinando a assinatura de todos os secretários em qualquer medida que abrangesse todas as secretarias. Luiz Umberto relembra o desfecho desta reunião:

*Aí eu disse: não vou assinar. Aí o governador em exercício, Nilo Coelho, fez a provocação comigo [...]. Não falou direto, mas indiretamente. Disse: “quem está a favor do governo vem assinar o decreto, já discutimos demais, são dez e meia, onze horas da noite, eu tenho que mandar isso pro Diário Oficial”. Eu não assinei. Interrompeu tudo, de uma maneira absurda, todo mundo levantou, eu gritei: Alto lá! Eu entrei nesse governo não foi pela mão de ninguém aqui dentro, eu fui convidado não foi por força política, eu fui convidado pelo governador, ele não está aqui. O interessante é que eu vou sair daqui denunciando já, vou fazer entrevista agora pra televisão e para os jornais, ele (Waldir) vai saber em Brasília através disso (a imprensa). Eu acho isso um absurdo, não é assim que se define a questão. Ele (Nilo Coelho) disse: “Já vi que não é mais pra mim” e foi embora. Aí saiu, a reunião acabou. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Como previa Luiz Umberto, a sua posição é informada a Waldir Pires. Este lhe faz contato, reafirma também ser contra as demissões e toma a decisão de refazer o decreto retirando a obrigatoriedade de todos os secretários assinarem. Para Luiz Umberto, com esta atitude, o Governador Waldir Pires:

*Quis fazer entender o seguinte: não é responsabilidade de Luiz Umberto, não precisava mais da minha assinatura. Assinou (Waldir Pires) o decreto (com as demissões) mais preservou a saúde, educação, segurança, reforma agrária, tudo que era social. Nisso criou-se um mal estar dentro do governo [...]. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

A maneira como o Governador se relacionava com Luiz Umberto pode explicar o entendimento deste de ser “preservado”. Entretanto, questiono o que foi preservado. O resultado da decisão do Governador criou mais afastamento de Luiz Umberto do grupo de secretários, inclusive dos responsáveis pela liberação de recursos financeiros. É o próprio Luiz Umberto quem descreve um tratamento

diferenciado por parte do governador, que não ajuda a lhe integrar como membro do *staff* do governo.

*Lá na casa de Ondina (residência oficial do governador), onde Waldir (Pires) fazia reuniões políticas, que eu só participava para discutir a minha pasta (a Sesab). Mas ele me chamava nas reuniões políticas para discutir a (política) nacional. Ele me chamava para saber minha opinião. Sempre me respeitou, que era diferente dos outros (secretários). Ele sempre me chamou, [...] (para discutir) o apoio ou não com a briga com (José) Sarney, que eu defendi que ele devia romper com Sarney. Achei que ele não devia sair (candidato a) presidente, não devia abandonar o governo (estadual). [...] Ele sempre me chamou, mas fiquei sempre isolado, algumas posições minhas ele assumiu, outras não. Como deixar o governo. Eu era um dos únicos contra ele sair do governo. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Por que Luiz Umberto se considerava recebendo um tratamento diferente por parte do governador? Porque ele era um dos articuladores de uma proposta de mudança na saúde, elaborada por um movimento que aderira ao projeto de democratização do País. Luiz Umberto, por ser um secretário cuja indicação foi respaldada pelo movimento social no campo da saúde, não encontra acomodação dentro de um governo resultante de uma coligação política ampla, no sentido de partidos que defendiam concepções ideológicas antagônicas. Por outro lado, o Secretário era filiado ao PMDB, partido que também aninhava desde grupos mais conservadores até integrantes com posições de esquerda, como era o caso de Luiz Umberto.

O tratamento diferenciado ao secretário da Saúde não garantiu prioridade para o projeto de Mudar a Bahia mudando a Saúde. Aliás, esta é uma questão respondida de diferentes formas pelos entrevistados. Para Luiz Umberto:

*Ele (Waldir Pires) apoiava a Reforma Sanitária, e isso é uma coisa positiva. [...] Também há um processo que ele não assumiu como a primeira grande prioridade dele [...]. Quer dizer, tinha um bloco maior social que ele queria: Saúde, Educação, Segurança Pública [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Waldir Pires afirma:

*[...] nem aventuraria em discutir uma prioridade, só que você tinha muitas prioridades, mais a prioridade da saúde era prioridade de uma política de saúde não é? Uma política que fosse reforma dura. Nós, nesse particular, nós fizemos o que foi possível, agora nós tínhamos muito pouco recurso [...] (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

Fica claro que a prioridade do governador era o uso político da política da RS. A escassez de recursos financeiros colocada pelo governador foi uma realidade que teve de enfrentar ante as novas configurações político-partidárias no âmbito

nacional; mas, quanto ao enfretamento político interno no âmbito do estado, a evidência é de que a saúde era uma prioridade apenas no discurso no primeiro ano sem assumir como uma prioridade para as ações concretas do governo no estado.

Jairnilson Paim, ao ser perguntado se a Saúde era prioridade do governo, como afirmado por Waldir Pires ressalta: “Agora, por exemplo, de eu afirmar de que não percebia como prioridade do governo, isso eu digo com a maior tranquilidade [...]”(JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).

Esta é a opinião que encontro mais acertada, baseando-me nos embates descritos por Luiz Umberto para exercer o poder político e administrativo na condução da implantação das propostas da RS no estado.

Nos primeiros dias do mês de maio de 1989, Luiz Umberto conclui que não pode mais responder pela gestão da Sesab:

*[...] Mas quando ele volta (Waldir Pires, que estava em Brasília licenciado) ele passa pouco tempo e sai candidato (a vice-presidente da República, na chapa encabeçada por Ulisses Guimarães). Na reunião que nós fizemos eu disse que não ia mais ficar no governo porque não ia votar nele e em Ulisses, eu ia votar em (Luiz Inácio) Lula (da Silva). Então ele não podia me manter porque se alguém, a partir dali, me perguntasse qual o meu voto, eu não ia mentir. Como é que eu podia ser secretário dele, ele candidato e eu votando em Lula, quer dizer é um risco. Ele (Waldir Pires) disse: não, isso aí a gente resolve. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009).*

Ao dizer que isto se resolve, o governador não quis, mais uma vez, discutir uma situação já insustentável. Acreditar que era possível se manter num cargo de confiança, quando já estava isolado dentro do grupo que comandava politicamente o governo, revela ingenuidade ou uma negação de que era impossível manter-se no cargo. Por outro lado, com Nilo Coelho assumindo ao governo do estado, havia grande possibilidade de não manter o secretariado de Waldir, como não manteve. Luiz Umberto, indicado pelo movimento social e não por uma escolha pessoal de Waldir, como ele insiste em afirmar na sua entrevista, tinha pouca chance de continuar na gestão da secretaria da Saúde.

Nesse momento, Luiz Umberto já acumulava um desgaste político que o isola dentro do governo, como ele mesmo admite em sua entrevista.

Sobre como vão se desfazendo os apoios políticos às mudanças na saúde, Jairnilson Paim sintetiza:

*Aquele conglomerado de forças (se referindo ao Cremb e deputados) foram de alguma forma se desestabilizando na sustentação política de Luiz Umberto. A mídia também [...]. Deslumbrados (nos primeiros momentos da gestão de Luiz Umberto) com o conjunto de coisas que estava se fazendo.*

*Cada distrito sanitário que a gente implantava era notícia na televisão, era no Bom Dia Bahia. Depois foi tirando o apoio, sobretudo quando começou a se discutir mais a questão com o setor privado, na crítica da privatização e da mercantilização que estava no nosso discurso. A mídia foi saindo de baixo (retirando o apoio) (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Ronaldo Jacobina também fala do desgaste do Secretário com a corporação médica:

*Aí foi construindo um desgaste e ele tinha sido a grande liderança médica, Luiz Umberto era muito querido porque Luiz Umberto quando foi secretário geral da ABM... era a alma da ABM (RONALDO JACOBINA, 25/11,2010).*

O “isolamento” é um ponto frequentemente evidenciado na fala do Secretário. Os outros entrevistados referem-se às “forças desestabilizadoras” ou “desgaste”. Este foi o preço político pago por Luiz Umberto, ao assumir uma convicção pessoal de que, enquanto gestor, deveria se afastar do papel de parlamentar, militante de lutas corporativas, ou qualquer outra posição que levasse a representar interesses particulares de quaisquer grupos ou movimentos. Durante as entrevistas para essa pesquisa, fez questão de se denominar e caracterizar-se como professor, parlamentar, representante de entidade de categoria profissional, além de militante de movimentos como da Reforma Psiquiátrica e Sanitária e gestor da saúde, sempre de modo isolado e nunca permitindo, nem no discurso, que estes papéis pudessem ser exercidos concomitantemente.

Nos primeiros meses de 1989, a movimentação política na Bahia girava em torno da saída do governador para se candidatar à presidência da República. Neste momento político, Luiz Umberto encontra-se afastado dos parlamentares por recusar a pactuar do jogo de interesses político-partidários. As entidades de saúde, principalmente as entidades médicas, no dizer de Paim (2002), voltaram para as lutas corporativas e em algumas situações até se posicionando contras as mudanças que estavam se processando na saúde. As lideranças da Federação das Associações de Bairros de Salvador ressentiam-se por não conseguir incorporar seus agentes de saúde como trabalhadores da Sesab. Os servidores da Sesab sentiam-se traídos pelas restrições, principalmente salariais, impostas pela política de contenção de gastos assumida pelo governo estadual.

Ante estas constatações, não existia espaço para uma aglutinação de forças capazes de apoiar a permanência de Luiz Umberto na gestão da Sesab, nem tampouco se mobilizar para intervir na indicação do seu substituto. É fato que o Conselho Estadual de Saúde posicionou-se e fez declarações contra a saída de Luiz

Umberto; mas, este espaço democrático localizava-se no âmbito da Sesab, sem interlocução política dentro ou fora do governo estadual.

Não encontrei registro de mobilização, debates ou qualquer outra iniciativa que caracterizou o Movimento Sanitário na Bahia, na passagem dos anos 1970 para a década de 1980. Mesmo assim, Luiz Umberto buscou dar prosseguimento ao projeto de mudanças na saúde em curso na Sesab, tentando conduzir a sua substituição, como relatado pelos seus companheiros do Movimento Sanitário:

*[...] Com aqueles desgastes (de Luiz Umberto) que ocorreram no âmbito da Assembléia Legislativa e no próprio âmbito do governo. Às vezes Luiz Umberto tinha até dificuldade de falar com Waldir Pires, porque o cerco acústico do dirigente (Waldir Pires) não permitia que ele (Luiz Umberto) falasse. Mas Luiz Umberto não admitia isso. Luiz Umberto até admitia que ele faria o sucessor. Surgiram três nomes [...] dois que teve um aceito que se chamava José Alberto Hermógenes e o outro Eliane Azevedo, ambos com passagem com Waldir Pires. Então Luiz Umberto tinha tranqüilamente, a consciência que seria uma continuidade da gestão dele [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

*[...] Ele (Luiz Umberto), independente de se ia ficar ou não, ele teve atitude ética de dizer que ele ia sair com Waldir (Pires). Ele entrou com Waldir e ia sair com Waldir. Então nunca foi postura dele pleitear continuidade, ele queria continuidade de uma política, por isso que ele pensou numa lista tríplice (para apresentar ao governador como opção)[...]. A equipe (indicada por ele nos cargos diretivos da Sesab) querendo sair, muitos querendo, outros não, e ele defendia que a equipe ficasse. (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Neste momento, sem pressão do Movimento Sanitário, o Governador usa sua prerrogativa e cumpre o seu desejo do início da gestão em nomear para gerir a pasta da saúde uma pessoa da sua confiança pessoal. Na entrevista com Waldir Pires, falando com frases incompletas, com pausas, fica clara a diferença da motivação das duas escolhas:

*Naquela ocasião (fevereiro de 1987), portanto, eu até pela própria digamos assim..., convocação de Luiz Umberto, que tinha uma vivência muito grande dos problemas de saúde e participava ativamente de todas as mobilizações, que significava para a saúde uma respeitável importância [...] (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

*É, quando ele saiu (maio de 1989), eu trouxe um rapaz que foi meu auxiliar no Ministério da Previdência (Social), baiano, que foi Herval Pina Ribeiro. O que eu não quis... não queria nenhuma... que, que entrasse nessa história de ..... não é? Então, eu trouxe Herval, ele veio. Tem uma posição muito boa, tem inclusive trabalhos bons sobre programa de saúde né, e foi quem, quem substituiu. Eu nomeei Herval na anti-véspera que era exatamente para não deixar um lugar vago que pudesse entrar uma.... e ele ficou até o instante em que o Nilo (Coelho) rompeu. (WALDIR PIRES, 23/11/2010).*

Os entrevistados reportaram-se a esta escolha como uma surpresa, bem como uma surpresa, também, a não participação de Luiz Umberto, que só tomou conhecimento da escolha do governador no último momento. Por solicitação do governador, o indicado para novo secretário já exercia função de assessoria na Sesab e, às vezes, posicionava-se de maneira contrária as decisões de Luiz Umberto, inclusive ocupando a mídia.

Desse modo, não resta expectativa de continuação de um projeto para a saúde construído sob liderança e coordenado pelo comitê de Luiz Umberto que, posteriormente, foi incorporado, segundo Paim (2002), pelo menos no discurso do Governo da Mudança.

Uma das estratégias para tentar garantir a mudança iniciada foi a opção da equipe de dirigentes formada por Luiz Umberto permanecer.

*Particpei dessa discussão [...], mesmo na casa de algumas pessoas foram feitas reuniões. Havia essa discussão de sair (a equipe indicada por Luiz Umberto). Eu pessoalmente não era favorável a ficar com Nilo Coelho, mas eu entendia o compromisso que as pessoas, as pessoas achavam que abrir mão de todo o esforço que se construiu. Então havia uma coisa legítima, sobretudo pessoas que tinham carreira que tinha uma inserção (no serviço público) [...]. Então tinha esse compromisso muito forte com a continuidade. E aí é que nasce a idéia (de Luiz Umberto) [...] ai a ingenuidade dele, de compor uma lista tríplice, que daria a Waldir [...]. Ele nunca chegou a entregar (a lista), porque aí Waldir fez uma indicação pessoal dele [...] (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

A fala do entrevistado revela o quanto Luiz Umberto estava afastado do jogo político e de como suas convicções pessoais não permitiram que ele visualizasse as ameaças ao projeto político que estava empenhado em sustentar. A decisão da equipe em ficar nos cargos justifica-se para resistir a um retrocesso das mudanças iniciadas, mas o cenário que se apresenta é de restrição a qualquer avanço, até por falta de uma liderança política que defendesse a proposta dentro da Sesab e no governo do estado.

Mas resta compreender o que representou o Movimento Sanitário na Bahia ocupar o espaço dentro da máquina do estado. Apresento, a seguir, as falas de duas lideranças que iniciaram as primeiras discussões na Bahia.

Para Luiz Umberto:

*A duração foi muito pequena, foi dois anos na secretaria. [...] Se o governador (Waldir Pires) se mantivesse no cargo os quatro anos, logicamente eu provavelmente me manteria os quatro anos. [...] Eu só sai antes dele porque eu não aceitava a saída dele. Fui contra e não aceitava as últimas políticas que estava sendo feita e, mais ainda, não via que o vice-*

*governador ia manter nada do que estava sendo feito, pelo menos no ponto de vista mais democrático, mais de reforma mais profunda, mais de mudanças de visões de concepções, de cultura [...]. Sabia que ia ter um retrocesso. Então eu saí, mas se o governador continuasse, eu acho que nós teríamos realmente consolidado na saúde muita coisa [...]. (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

E para Jairnilson Paim:

*[...] Não quis mais saber de gestão [...]. Eu não fui coordenador de mais nada, administrador de mais nada, gestor de mais nada, depois do dia 12 de maio de 1989, então me marcou. (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010).*

Ao final dos dois anos do Governo da Mudança, encontro evidências de que determinações históricas e conjunturais não permitiram as transformações projetadas na Sesab, apesar da existência de propósitos e métodos de governo para mudar a saúde. Isso, como afirma Testa (1995), não garantiu a transformação da organização Sesab, para que se constituísse o postuldo de coerência para sustentar as mudanças na Saúde.

Por outro lado, a correlação de forças em disputa, no interior do governo estadual, evidenciou dificuldades de implementação da proposta Reforma Sanitária. Identifico um início do processo de implantação da RS na Sesab (TESTA, 1992; 1995), com os avanços no plano da democratização da saúde. Entretanto, não há evidências, salvo em projetos pilotos, de mudanças nas ações que resultassem em melhoria da qualidade de assistência à população.

Alguns processos que foram desencadeados na gestão de Luiz Umberto necessitam de continuidade para chegar a uma institucionalização progressiva e resultar nas mudanças propostas pelo ideário da RS.

Com a constituição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, ensaiou-se despojar a Sesab de suas características tecnocráticas de poder centralizado, para começar a compartilhá-lo democraticamente com representações da sociedade através da incorporação de diversos setores nas decisões.

*[...] Eu estava diante do movimento sindical, sobretudo dos representantes fora do setor saúde. Olha a riqueza: está Luiz Umberto, está Paulo Moraes (Diretor Regional do Inamps), está representante dos empresários (embora não tenham participado das articulações iniciais). Uma sociedade democrática, uma sociedade plural. A gente tinha grupos ligados ao setor empresarial, patronal no CES [...]. (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Embora no período da gestão de Luiz Umberto tenha se garantido o funcionamento e o caráter deliberativo do CES/BA, após sua saída este colegiado

passou por um esvaziamento das suas funções. Por outro lado, mesmo a Constituição do Estado da Bahia, promulgada em 05 de outubro de 1989, em seu artigo 236, tenha definido a criação dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, como órgãos deliberativos e fiscalizadores, o CES/BA, a partir de 1991, funcionou de forma esporádica. Em 19 de novembro de 1991, o Diário Oficial do Estado da Bahia publicou o novo regimento da Sesab, com definição da estrutura e representação do CES/Ba, o que não garantiu seu funcionamento regular. A reativação só ocorreu em 1993, por se constituir em uma exigência da Norma Operacional Básica 01/93 para repasse de recursos federais a estados e municípios.

Atualmente, este colegiado está institucionalizado na Sesab, com sala própria, site na Internet e funcionando regularmente. Ou seja, foi incorporado à burocracia e atende às demandas apresentadas pelos gestores federais e estaduais sem ter uma agenda proveniente de mobilização social. Os conselhos municipais estão constituídos legalmente nos 417 municípios do estado, seguindo uma agenda para tomar decisões atrelada à aprovação dos programas federal e estadual para receber recursos financeiros (GUIMARÃES et al, 2007).

Deste modo, não se pode atribuir o funcionamento do CES/BA, nos dias atuais, a uma repercussão dos primeiros anos da sua criação, mesmo a Bahia sendo o primeiro estado a constituir um Conselho Estadual de Saúde, antes da Constituição dá base legal.

Quanto aos outros espaços democráticos criados pela gestão da Sesab, em 1987, como os conselhos diretores das unidades de saúde e conselhos locais de saúde, não se mantiveram enquanto espaços decisão, exceto em situações pontuais, como na gestão de Lídice da Mata na prefeitura de Salvador, de 1993 a 1996. As conferências estaduais continuam a existir, mas com indução da Conferência Nacional de Saúde.

A descentralização, pela via da municipalização, teve uma amplitude restrita nos anos 1987 a 1989, mas, atualmente atinge, cem por cento dos municípios do estado. Entretanto, trata-se de uma municipalização normativa, induzida por normas editadas pela esfera federal, com repasse de recursos financeiros aos municípios que cumprem critérios e implantem um rol de atividades pré-definidas para todo território nacional. A forma com se dá esta municipalização, induzida por normas nacionais, com coordenação da esfera estadual, gera situações em que, para além das mudanças, permaneceram os mesmos traços da hierarquia entre as três esferas

de governo (MOLESINI et al, 2010). Esta não era a proposta defendida por Luiz Umberto (23/11/2009) na gestão na Sesab: “[...] as prefeituras teriam autonomia e teriam os direitos iguais”.

As outras vias da descentralização, representadas pelas Dires e pelos distritos sanitários, e as iniciativas de criar unidades gestoras em instâncias regionais e locais, em 1988, não tiveram repercussão importante na distribuição do poder administrativo. Embora as Dires e alguns centros de saúde da capital passassem a manejar recursos financeiros, a quantidade limitada e a irregularidade no repasse pelo âmbito central da Sesab apontam para a conservação da estrutura de poder.

Os distritos sanitários foram referidos por todos os entrevistados como um dos maiores ganhos para a reorganização dos serviços de saúde na proposta da Sesab:

*Exatamente porque estava ligado (a proposta de implantação de distritos sanitários) essa luta política por uma reforma de saúde profunda, e teve conquista na implantação dos serviços [...] . Os distritos sanitários foram instrumentos importantes. E aí a comunidade e os conselhos vão ter a participação, no caso dos órgãos populares através disso (nas Ceds), mas muito tudo embrionário, foi um governo curto (ANTONIA GARCIA, 29/11/2010).*

*[...] A saúde, naquele momento ela mostrou desempenho técnico [...] Os meus alunos começaram a brigar (para estagiar) quando se criou os distritos sanitários [...], mas sobretudo dois, o de Itapagipe e um que era ali que pegava o (bairro de) Pau da Lima. [...] Mas a idéia de descentralizar, de você trabalhar com território, você dá uma autonomia, você conhecer melhor eu acho que aquilo é um modelo que repercute (na atualidade), sem dúvida (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010).*

Segundo Flores (1991), a distritalização na Bahia, enquanto espaço de construção de uma nova proposta de gestão e organização dos serviços, demonstrou potencialidade para modificar o modelo de atenção à saúde. Em maio de 1989, registrava-se a existência de 22 distritos sanitários implantados no estado com definição de abrangência geográfico-populacional. Por ser uma das iniciativas onde os resultados de uma mudança pareciam mais promissores, foi um dos pontos de discussão sobre a permanência ou não da equipe formada por Luiz Umberto nos quadros dirigentes da Sesab, após a sua saída. Apesar de alguns pedidos de desligamento, a decisão foi de permanecer por acreditar-se que seria possível a continuidade independente da mudança no Governo. Os gerentes de DS tinham um fórum de debates semanais na 1ª Dires. Neste espaço, após discussão fervorosa entre estes e os Diretores de Centro de Saúde, a decisão foi continuar todos em

seus cargos (informação pessoal da autora por ser gerente do Distrito Sanitário de Itapagipe, à época).

Apesar de esta pesquisa definir como período de estudo março de 1987 a maio de 1989, para argumentar sobre as repercussões deste processo na atualidade, é necessário valer-me de algumas informações acerca de cinco anos seguintes. Flores (1991, p.171) registra um momento de “desaceleração”, coincidindo com o período após a posse como governador do vice-governador Nilo Coelho, em 15 de maio de 1989.

No âmbito federal, edita-se a Norma Operacional Básica 01/91 (NOB/01) indicando possibilidade de os municípios se envolverem mais ativamente no processo de implementação do SUS, à medida que se colocassem como “prestadores de serviços ao SUS”, ou seja, passassem a receber recursos financeiros mediante contraprestação de serviços e não mais por convênios (TEIXEIRA; MOLESINI, 1998). Nesse sentido, também na Bahia, foi desencadeado o processo de habilitação dos municípios à NOB 01/91, sendo que a tramitação do processo de cada município se dava no Escritório Regional do Inamps e a Sesab participava, indiretamente, na avaliação dos Planos Municipais de Saúde. Ao final de 1991, 17 municípios foram considerados “municipalizados” (MOLESINI, 1999). Não se tem notícias de os municípios do interior do estado avançarem na implantação dos Distritos Sanitários.

Resta-me informar sobre a cidade de Salvador que, em 1988, contava com oito Distritos Sanitários, cobrindo mais de 60% da sua população (FLORES, 1991). A Prefeitura Municipal, seguindo os “ventos da municipalização” que se anunciava pelo País cria, na Secretaria Municipal da Saúde, em Salvador, uma estrutura administrativa contemplando os distritos sanitários, inclusive nomeando formalmente os gerentes em 1991. A partir daí, a relação dos gerentes dos DS é estabelecida ao mesmo tempo com a Sesab e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. Esta situação ambígua se manteve até 2006, quando Salvador assume a gestão plena do sistema municipal de saúde<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> A Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), estabelece como estágios no processo de municipalização duas formas: gestão Plena da Atenção Básica (nesta forma de gestão o município adquire autonomia financeira para gerir toda rede ambulatorial básica, como também ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária) e gestão Plena do Sistema Municipal (para esta forma de gestão o município tem autonomia de gestão sobre toda a rede de serviços de saúde do seu território) (BRASIL, 1996).

Por outro lado, em 1991, no contexto do governo de Antonio Carlos Magalhães, é elaborado o Plano Estadual de Saúde 1992-1995, no qual a descentralização é entendida como uma desconcentração de recursos e serviços para as Dires, não havendo referência à municipalização. No entanto, no capítulo das diretrizes, é formulado o desenvolvimento de “um novo modelo de atenção à saúde, baseado na descentralização político-administrativa de serviços, configurando os Sistema Locais de Saúde - Silos” (BAHIA, 1991, p.32). Do ponto de vista da estrutura administrativa, propunha-se a incorporação dos Silos no organograma da Sesab. Embora constasse no Plano Estadual, não houve encaminhamento para implementação desta forma de descentralização, já que Silos é uma denominação utilizada pelas OPS que tem similaridade com o que na Bahia se chamou distrito sanitário.

O fato de constar como diretriz, no plano estadual, os encaminhamentos para a implantação de distritos sanitários, estes não se constituíram em um programa de consolidação do processo de mudança iniciado no ano de 1987 (TESTA, 1992; 1995).

Evidências apontam para a elaboração de um Plano Estadual de Saúde destinado a cumprir exigências formais, já que o que no governo de Antonio Carlos Magalhães (março de 1991 a abril de 1994) e gestão do secretário estadual da Saúde Otto Roberto Mendonça de Alencar ocorreu uma operação, não explicitada, de desmonte das práticas de gestão e organização iniciadas nos DS.

No fórum dos gerentes dos distritos sanitários eram relatados, semanalmente, exemplos do esvaziamento técnico e político dos DS. No entanto, também esse fórum se esvaziava, uma vez que os gerentes não tinham poder para tomar e implementar nenhuma decisão.

Na seqüência, a Sesab se afasta da condução dos DS, passando a coordenação dos mesmos para a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Esta, também, não elabora um programa de abertura que crie viabilidade para a gestão dos DS, além de sofrer obstáculos criados pelo governo estadual para impedir o avanço do processo de municipalização em curso no País. Salvador foi a última capital a assumir a forma de gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Sem um programa de abertura, foi facilmente paralisado o desenvolvimento dos DS. Atualmente, estes constituem-se em divisão territorial para a gestão administrativa. Estudo realizado por Silva (2002) revela uma atuação restrita das

unidades de saúde da rede básica, indicando que os gerentes não detêm poder administrativo nem político, sem nenhum reflexo do que foi a implantação nos anos 1987 e 1988.

No âmbito da organização dos serviços, uma outra referência de iniciativa da época, estudada com repercussão na atualidade, foi a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (Cesat). Ronaldo Jacobina (25/11/2010) é quem destaca: “[...] o Cesat se apresenta hoje no Brasil, o Cesat é uma experiência muito respeitada. E isso é um exemplo daqueles dois anos (1987 e 1988)”.

O Cesat, atualmente, ampliou suas ações de centro de estudos para também fazer assistência em saúde ocupacional, descentralizou suas ações para o interior do estado implantando os Núcleos de Saúde do Trabalhador (Nusat) e tem subsidiado elaboração de manuais de vigilância a saúde do trabalhador. Esta é uma iniciativa da gestão de Luiz Umberto que tem repercussão ainda hoje no campo da saúde ocupacional.

Outra repercussão que identifiquei é a ampliação para outras categorias profissionais da indicação para cargos diretivos na Sesab. Até 1987, esta era uma função privativa de médicos e homens, principalmente quando se tratava do primeiro escalão ou direção das unidades de saúde. Hoje, estão minimizados os conflitos corporativos na assunção de cargos, inclusive de secretários municipais da saúde, por profissionais de diversas categorias. A capital do estado, em toda a sua história, indicou duas secretárias, de profissão odontólogas, e, atualmente um administrador. Já a secretaria estadual da saúde, distante quatorze anos do seu centenário, só recentemente foi ocupada por um político não médico e nunca por uma mulher.

Finalmente, um último elemento que não pode deixar de ser mencionado, a Constituição da Bahia, promulgada em 05 de outubro 1989. Sobre esta Carta Magna do estado quem fala é Luiz Umberto, que reassume seu mandato na Assembléia Legislativa da Bahia, após deixar o cargo de secretário.

*Na Constituinte, quando eu cheguei eu comecei a falar, botar a palavra Reforma Agrária “nego” tirou, ou Reforma Sanitária “nego” era contra. O distrito sanitário, um dos modelos de organização dos serviços de saúde no estado; [...] botei o distrito sanitário não aceitaram, fiz várias propostas. [...] Fazia a proposta, escrevia, dava o modelo, eu dava o modelo de lei tal, fazia uma porção de discussão lá na Assembléia, pra botar na (proposta da) saúde, aí juntava os grupos e não aprovava. Só ficaram comigo o pessoal da esquerda [...] (LUIZ UMBERTO, 14/12/2009).*

Como resultado destas negociações, o capítulo XI Da Saúde é descrito em

onze artigos, que apesar de trazer alguns temas afinados com as discussões da Reforma Sanitária (BAHIA, 1999) demonstra pouca incorporação dos debates promovidos pelo Movimento Sanitário na Bahia e dos processos iniciados na gestão 1987 e 1989. Entretanto, este texto constitucional vem passando atualizações através de emendas onde já se identifica mais aproximação com o SUS.

Em síntese, o Governo da Mudança configurou-se em um lapso de curta e intensa duração durante o qual se procurou levar a Sesab a assumir novos elementos na sua organização. Entretanto as modificações não implicaram em mudanças de fundo que repercutisse nos dias atuais, mas apenas deslocamentos conjunturais sem mudar a estrutura de poder.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar minha pesquisa, fui motivada por questões surgidas ao longo dos últimos trinta anos de trabalho realizado na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Interessavam-me os estudos desenvolvidos em torno da temática da atuação do Estado para atender às demandas da saúde da população. Ao aproximar-me das propostas elaboradas nas décadas de 1970 e 1980, para uma Reforma Sanitária no Brasil, bem como de alguns estudos para a sua implantação, despertou-me o interesse em analisar como as propostas desta reforma se desenvolveram na Bahia.

No Brasil, os primeiros anos de 1980 foram marcados por uma grande mobilização para redemocratização do País, atingindo seu ápice com a eleição do Presidente da República em 1985. Também, naquele período, na área da saúde, a mobilização do Movimento Sanitário amadurece suas propostas para uma Reforma Sanitária.

Como resultado do processo eleitoral de 1986, na Bahia, elege-se para Governador Waldir Pires com uma proposta de conduzir o governo, implementando os princípios democráticos desprezados pelo grupo político que se manteve no governo nas últimas três décadas. Este foi um momento em que o movimento sanitário identificou como possível implementar o ideário da RS por dentro do aparelho do Estado.

Motivada pela convicção de que através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia tentou-se a implantação da RS no estado, estabeleci, como balizas cronológicas para este estudo, o período de março de 1987 a maio de 1989, quando uma liderança do Movimento Sanitário assumiu a gestão daquela pasta.

A revisão do material bibliográfico consultado apontou um número pequeno de estudos que tratavam deste tema. Era preciso ir em busca de documentação disponível nas bibliotecas e nos arquivos da Secretaria Estadual da Saúde.

Estudar a RS na Bahia, através da Sesab, não foi tarefa fácil porque é uma instituição que não tem tradição de preservar sua memória. Enquanto não fui beneficiada pela existência de documentos oficiais, o mesmo não aconteceu com a produção acadêmica que, embora tratasse de temas mais específicos no seu conjunto, tornou-se fonte de informações que me permitiram estabelecer uma conexão intertextos, facilitando a análise do objeto em estudo.

Como recurso metodológico, servi-me das proposições da micro-história e

reduzi a escala de observação, dispensando toda a atenção às singularidades do “olhar microscópico” como meu principal instrumento investigativo. Busquei, portanto, vincular um acontecimento histórico singular: a indicação de um Secretário Estadual da Saúde, a um fato aparentemente comum: sistemas mais abrangentes de dados e significações, para entender uma realidade mais profunda.

Desta forma, este estudo se propõe analisar (e não só descrever), no interior do microcosmo eleito como de estudo, as relações de consensos e conflitos relevantes para esta investigação. Reconstrói-se um tempo vivido por atores instituídos na Sesab e por grupos naturais, restaurando o espaço institucional elegido para operar as mudanças propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária no estado da Bahia.

Um das técnicas de coleta de informação a que recorri foi a entrevista, iniciando pela trajetória do gestor da Sesab, entre 15 de março 1987 e 12 de maio 1989, opção inteiramente subordinada ao meu objetivo de pesquisa. Posteriormente, foram somando-se outras fontes, como entrevistas com outros sujeitos e documentos textuais.

Isto permitiu-me analisar a Sesab no período do governo da mudança e localizá-la em contextos de vários níveis, para conhecer como se desenvolveu a gestão do sistema estadual de saúde, e compreender o conjunto de interesses/decisões que estavam em jogo no período da implantação da RS na Bahia.

A partir das primeiras análises, senti-me estimulada a voltar no tempo cronológico para conhecer como se conformou o lugar do estudo e o Movimento Sanitário na Bahia.

Com este objetivo, reconstitui como foi se delineando através do tempo a estrutura administrativa que respondia pela saúde, desde a criação da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em 1925. A análise da modificação das suas estruturas permitiu-me uma maior aproximação de como se conformaram os poderes administrativos, técnicos e políticos, como sugerido por Mario Testa (1992; 1995), e como estes se apresentavam em março de 1987, início do período desta pesquisa.

Ao debruçar-me sobre os documentos textuais, deparei-me com a posição ocupada pela pasta da saúde, com evidente ausência de poder político decorrente da dependência das indicações do âmbito federal para desenvolver suas ações, ao

tempo em que detinha poder técnico e administrativo para execução de programas verticais centralizados no Ministério da Saúde. Por outro lado, algumas surpresas me estavam reservadas ao longo sua conformação, como por exemplo, o funcionamento, até 1951, sem base legal, já que suas estruturas eram criadas ou modificadas por atos do executivo.

Quanto ao Movimento Sanitário, por tratar de período recente, foi possível recorrer a história contada por atores que viveram aquele momento que, somando-se aos veículos de divulgação deste movimento, compuseram as fontes de informações. Ao longo do processo investigativo, constatei que a mobilização do Movimento Sanitário na Bahia vai da discussão intelectual dentro da academia, nos meados dos anos 1970, ao espaço institucional da Sesab, em março de 1987.

O cruzamento das informações e o uso da micro-história permitiram-me revelar como a pressão das entidades da sociedade civil, articuladas pelo Movimento Sanitário na Bahia, e a mobilização do Movimento Sanitário nacional conseguiram impor um dos líderes do movimento sanitário para responder pela Secretaria Estadual da Saúde no Governo da Mudança.

Desta forma, acontece um fato inusitado na Bahia com a indicação de um gestor do primeiro escalão do governo fora da interferência político-partidária e da vontade pessoal do governador.

Guiada pelas fontes, busquei reconstituir caminhos e descaminhos do movimento da RS na Bahia, ao eleger o aparelho de Estado para implantar as propostas da RS. Identifiquei como propósitos fundamentais, colocados no documento Mudar a Bahia Mudando a Saúde, a implantação dos princípios democráticos no setor e a garantia de acesso a assistência à saúde pela população.

Para cumprir tais propósitos, nomeou-se uma equipe diretiva e orgânica com as propostas da Reforma Sanitária, o que possibilitou o desenvolvimento de métodos coerentes com o propósito da democratização, e implantaram-se espaços de experimentação de gestão e organização dos serviços de saúde com os distritos sanitários.

A viabilidade material das propostas foi facilitada com um dos primeiros atos quando, em junho de 1987, a Sesab assume o Suds como projeto estruturante para sua reorganização institucional. Criam-se, também, espaços para decisões colegiadas, como o Conselho Estadual e as Conferências de Saúde como o caminho para transformação das relações de poder.

As iniciativas implementadas com o planejamento estratégico situacional e os distritos sanitários constituíram uma possibilidade de mudança na saúde na Bahia. Entretanto, mudanças na política nacional e conflitos ao interior do governo do estado vão se transformar em obstáculos para sustentar os processos iniciados pelo Sesab no primeiro ano de governo.

Através do levantamento de documentos textuais e entrevistas, foi possível apreender o jogo de interesses presentes na implantação da RS através da Sesab e, com isto, pude revelar uma primeira constatação de que, a partir do início de 1988, alguns constrangimentos, como exemplo a política de recursos humanos, determinaram a desaceleração do processo de descentralização iniciados.

Uma segunda constatação foi a presença de diferentes matizes no comportamento das entidades de saúde, variando entre as que mantinham o apoio à gestão do secretário da Saúde e outras se posicionando na defesa de causas corporativas e até indícios de boicotes para manter o *status quo* ou impedir as mudanças.

Um aspecto que mereceu destaque foi a cultura política clientelista e fisiologista como um contraponto à proposta democratizante e descentralizante estabelecida na gestão da Sesab. Outro aspecto a se considerar, é que o governo Waldir Pires constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, a favor do enxugamento do aparelho do Estado, de um lado, e o interesse estatizante, de outro, com uma nítida hegemonia da primeira.

Quanto às relações de Luiz Umberto com o *staff* da primeira linha de mando hierárquico do governo estadual, apesar da concordância com as suas opiniões pelo governador, o mesmo não aconteceu com seus subordinados, impondo o isolamento do secretário da Saúde por não concordar com a linha política do governo, culminando com seu pedido de afastamento do cargo.

As evidências reveladas pela pesquisa, indicam que a gestão da Sesab, entre 15 de março de 1987 e 12 maio de 1989, foi marcada pelo enfrentamento das estruturas de poder existentes: poder corporativo, poder político partidário, poder médico, poder do modelo hegemônico de privatização dos serviços.

Confirmam, também, avanços iniciais para cumprir os propósitos definidos; entretanto, o descompasso entre os tempos técnicos e políticos favoreceram o predomínio do determinismo histórico, impedindo as mudanças na proposta na

Sesab (TESTA, 1992; 1995).

Verifica-se no Brasil um retrocesso na presença dos partidos progressistas no comando do governo do País com a recomposição das forças partidárias conservadoras promovidas pelo Presidente José Sarney. Isto possibilita a intervenção de ACM nas relações entre o governo federal e o da Bahia, facilitando a manutenção do poder do seu grupo no estado.

Na Bahia, a saída de Waldir Pires do governo e a posse do seu vice-governador Nilo Coelho, indicam um afastamento da proposta de mudança colocada na campanha eleitoral da coligação vitoriosa em 1986. Esta afirmativa baseia-se no enfretamento de Luiz Umberto com o grupo que passa a conduzir o governo do estado, para evitar o “enxugamento” da máquina estatal pretendida por estes.

Concluimos que não houve substituição de forças políticas na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, mas, apenas, a ocupação temporária do espaço institucional por pessoas comprometidas com a Reforma Sanitária. Em suma, não houve institucionalização das mudanças. Os avanços na saúde identificam-se nos seus aspectos técnicos e acadêmicos, com produção de conhecimento, sem adquirir a dimensão política e social. Por outro lado, um olhar crítico sobre todo o processo de mudanças na Sesab, reveladas neste estudo, permitiu-me inferir que poucas mudanças repercutem no SUS estadual na atualidade e permitem-me, também, afirmar que a maioria dos argumentos e princípios que inicialmente motivaram a ocupação do espaço da Sesab ainda são atuais.

Isto posto, defendo a tese de que a Sesab no seu processo histórico de conformação consolidou uma estrutura e um processo de trabalho fortemente ligados às elites políticas dominantes, desenvolvendo-se um processo de privatização dos interesses públicos. Estes interesses, mesmo no momento em que foi posta em prática uma proposta de mudança construída coletivamente por um movimento social, produziram estrangimentos que reduziram em muito o impacto da mudança iniciada. Por outro lado, um Secretário da Saúde imposto pelo movimento social ficou isolado no interior do governo estadual, que mantinha as práticas fisiológicas e clientelistas recorrentes no estado. As evidências históricas apontam para o isolamento do secretário e impasses para implementação do projeto da Reforma Sanitária que ele defendia mas não faziam parte do governo da mudança. Portanto, mesmo se não houvesse a saída de Waldir Pires do governo da Bahia, o gestor da saúde não conseguiria avançar nos propósitos defendidos pelo

Movimento Sanitário, o que em mais ou menos tempo levaria ao seu desligamento do cargo.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; SAMUELS, David. A nova política dos governadores. *Lua Nova- Revista de Cultura e Política*, n.40-41, 1997.
- ALMEIDA, Célia Maria. *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil*. Brasília: OPAS/OMS, 1989. 119p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.10).
- ALMEIDA, Célia Maria. Os modelos de Reforma Sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.1, p.3-53, 1996.
- ARAUJO, José Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M.; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, n.7, p.1-19, 1973.
- AROUCA, Antônio Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268p.
- AROUCA, Antônio Sergio. Salud en las sociedades em transición. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 2., set. 1982, Manágua/Nicarágua. *Conferência...* 1982. Aspen System Corporation, 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – Abrasco. *A experiência do SUDS e os desafios atuais da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Gráfica Europa, 1989. 55p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - Abrasco. *Pelo direito universal à saúde: contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.
- BARDIN, Laurence. *A análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009. 281p.
- BARROS, José D'Assunção. *O campo da história: especialidades e abordagens*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BARROS, José D'Assunção. *O projeto de pesquisa em história: da escolha do tema ao quadro teórico*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BATALHA, Silvio. *Cartilha histórica da Bahia*. 8. ed. Salvador, Ba: Edição do Autor, 2008. 256p.
- BAUER, Martin W.; AARTS, Bas. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.39-63.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

BLOCH, Marc. *Introducción a la historia*. 12 reimp. México-Madrid-Buenos Aires. Espanha, 1985.

BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 12. ed. Brasília: Unb, 2002. v.1,3.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição Federal*. Brasília: Congresso, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006. 164p.

BRASIL. *Decreto – Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Manuais de Legislação. 6 ed. Brasília: Atlas, 1973.

BRASIL. *Decreto nº. 94.657*. Criação do SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Brasília: Imprensa Oficial, 1987.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. Brasília: MARE, 1997.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Reforma Sanitária II: propostas do presidente do INAMPS*. Brasília, 1987b. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p381-389.

BRIGGS, Charles. *Learning how to ask: sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science*. New York: Cambridge University Press, 1986.

BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap.2.

BURKE, Peter. *A Escola dos anales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia*. São Paulo: UNESP, 1997.

BULCÃO, Livinia de Argolo; OLIVEIRA, Margarida Pinto; NERY, Gabriel Cedraz. Legislação Sanitária, 1892 – 1983. *Rev. Baiana Saúde Pública*, v.11, n.1, p.7-17, jan./mar. 1984.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; GIRARDI, Sábado Nicolau. Gestão, profissões de saúde e controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.83-99. (Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Reforma Sanitária necessária. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p. 211-211.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2 ed. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

CARDOSO, Crio Flamarion. História e paradigmas rivais. In: CARDOSO, Crio Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (Orgs.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. 15 reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. p.1-23.

CARDOSO, Crio Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. História e análise de textos. In: CARDOSO, Crio Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (Orgs.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. 15 reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. p.375 - 399.

CARDOSO, Eliane. A distritalização no Estado da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.4, p.68-72, jun.1991.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CHALHOUB, Sidney. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na corte*. 6 reimp. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. 297p.

CHARTIER, Roger. *A história ou a leitura do tempo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. 77p.

CLAUDININ, Jean; CONNELLY, Micheal. *Narrative inquiry: experience an story in qualitative reseach*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers, 2004. 240p.

CORDEIRO, Hésio. Entrevista. *Proposta-Jornal da Reforma Sanitária*, ano 2, n.7, p.8. (s.d).

CORDONI JR, Luiz. Participação social em saúde: a experiência do Paraná. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.307-311.

COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. *Operacionalização dos programs de extensão de cobertura na Bahia*. Salvador, 1983. Dissertação (mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos Anos 80 e 90. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, v.39, n.3, 1996.

DALLARY, Sueli. Descentralização versus municipalização. *Saúde em Debate*, v.35, p.39-42, jun. 1992.

- DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.61-90.
- DANTAS NETO, Paulo Fábio. "Surf" nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. *Caderno CHR*, n.39, p.213-255, jul.-dez. 2003.
- DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise de implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.49-88.
- DENZIN, Norman K. *Interpretive interactionism*. Newbury Park, CA: Sage, 1989.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DEVER, Alan G. E. *Epidemiology in health services management*. Rockville, MD: Aspen Systems Corp., 1984
- DIAS, Hélio Pereira. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério, 1987. p.45-59.
- DONNANGELO, Maria Cecília. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.
- ENTREVISTA com Hésio Cordeiro. *Radis-Tema*, ano IV, ago. 1986.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.385-434.
- SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206p.
- SCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.181-192.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade, et al (Orgs). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-82.
- SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384.

- ESPIÑEIRA, Maria Victoria. A resposta da Bahia à repressão militar: a ação partidária da Ala Jovem do MDB e a militância civil do trabalho conjunto da cidade de Salvador. In: ZACHARIADHES, Grimaldo Carneiro (Org.). *Ditadura militar na Bahia: novos olhares, novos objetos, novos horizontes*. Salvador: EDUFBA, 2009. p.215-240.
- FALCON, Francisco. História e poder. In: CARDOSO, Crio Flamarion; VAINFAS Ronaldo (Orgs.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. 15 reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. p.61-89.
- FALEIROS, Vicente de Paula et al. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.
- FELIPE, José Saraiva. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.173-181.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. 2120p.
- FLICK, Uwe. Entrevista episódica. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.114-136.
- FLORES, Oviomar. *O processo de distritalização da atenção à saúde na Bahia*. 1991. 247 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1991.
- FORMIGLI, Vera Lúcia A. A Implantação do PIASS no Estado da Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v.718, n.(1-4 e 1-2), p.7 -19, jan. 1980/ jun. 1981.
- FORMIGLI, Vera et al. Organização da Atenção à Saúde em Distritos Sanitários. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador, v.5, n.1, p.5-20, out. 1992.
- FRANÇA, Suzete Barboza. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 49, n.3, jul.-set.1998.
- FREITAS, Marcos Cezar. *Da micro-história à história das idéias*. São Paulo: Cortez, 1999. 109p.
- GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272p.
- GERSCHMAN, Sílvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.119-138.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.244-270.

GINZBURG, Carlo. *A micro-história e outros ensaios*. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas. Morfologia e história*. São Paulo: Schwarcz Ltda, 1991.

GOMES, Laurentino. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. São Paulo: Planetado Brasil, 2007. 414p.

GOMES, Plínio Freire. *Um herege vai ao paraíso: cosmologia de um ex-colono condenado pela Inquisição (1680-1744)*. São Paulo: Companhia da Letras, 1977. 207p.

GOODMAN, Leo A. Snowball sampling. *Annals of Statistical Mathematic*, v.32, n.1, p.148-170, 1961.

GOULART, Flávio A. de Andrade. *Municipalização: veredas; caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1995. 23p.

GRIBAUD, Maurizio. Escala, pertinência, configuração. In: REVEL, Jacques (Org.). *Jogo de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.121-149.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa, et al. *Relatório da pesquisa análise da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde em municípios baianos*. Salvador: UFBA/Faculdade de Administração, 2007. 97p. (Grupo de Pesquisa Descentralização, Gestão e Políticas Públicas).

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1933 – 1988*. Salvador, 2000. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Os impasses da modernização em saúde: o caso da regionalização*. Salvador, 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.

HEIMANN, Luiza S. (Coord.). *A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. Relatório final. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998. 77p.

HEIMANN, Luiza S. et al. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 200p.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, n.25, p.127-141, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, v.61, n.11, p.40-61, 1993.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Pesquisa em história: algumas questões teóricas e metodológicas*. Salvador: UFBA/Faculdade de Medicina da Bahia/Departamento de Medicina Preventiva e Social/Mestrado em saúde, Ambiente Trabalho, 2007. (Texto Didático).

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.90-113.

KALIL, Maria Eunice Xavier. *Ideologia e prática do planejamento de saúde na Bahia*. Salvador, 1983. Dissertação ( Mestrado). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.

KLECZKOWSKI, Bogdan M.; ROEMER, Milton Irwin; WERFF, Albert van der. Sistemas nacionais de salud y su reorientacion hacia la salud para todos: pautas para una política. Ginebra: OMS, 1977. 134p. (*Caudernos de Salud Pública*. OMS, 77).

LEVI, Giovanni. *Herança imaterial. Carreira de um exorcista no Piemonte do século XVII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 266p.

LEVI, Giovanni. Prefácio. In: OLIVEIRA, Mônica Ribeiro de; ALMEIDA, Carla Maria Carvalho de (Org.). *Exercícios de micro-história*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009. 300p.

LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In: BURKE, Peter (Org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1992. p.133-161. (Biblioteca Básica).

LIMA, Henrique Espada. *A micro-história italiana: escalas, indícios e singularidades*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Orgs). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.27-58. cap.1.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVALELLA, Ligia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.107-140.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

LUZ, Madel Therezinha. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p.228. (Coleção Clássicos para a Integralidade em Saúde).

MACARANI, José Pedro. A política econômica do governo Médici: 1970 – 1973. *Nova Economia*, v.15, n.3, p.53-92, set.-dez. 2005.

MAUTHENER, Natasha; DOORETA, Andréa. Reflections on a voice-centred in relational method. Analysing maternal and domestic voices. In: RIBBENS, Jane; EDWARDS, Rosalind (Eds.). *Feminist dilemmas in qualitative research. Public knowledge and private lives*. London: Sage, 1998. p.119-146.

MEDEIROS, Marcelo. *A trajetória do Welfare State no Brasil: papel das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990*. Brasília: Ipea, 2001. (Textos para Discussão, n.852). < Disponível em: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>. Acesso em: 16 maio 2009.

MELLO, Carlos Gentile de. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.60-67.

MELLO, Everaldo Cabral de. *O nome e o sangue*. 2 ed. Rio de Janeiro: Topbooks, 2000. 308p.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.1 e 2.

MENDES, Eugênio Vilaça. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993. p.187-220.

MENDES, Eugênio Vilaça. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p.265-97.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.

MENICUCCI, Telma. A implantação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.303-325.

MERHY, Emerson. *A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948 – os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, E. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19-52.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Métodos, técnicas e relação em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, E. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269p.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira, et al. Programação Pactuada Integrada e Gestão Compartilhada do SUS. *Revista Baiana de Saúde*, v.34, n.3, jul.-set. 2010.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. *Municipalização da saúde na Bahia: estudo exploratório da implantação da NOB 01/93*. Salvador, 1999. Dissertação (mestrado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MORAES, José Geraldo Vinvi de. *História: geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. 96p.

MUNSLOW, Alun. *Desconstruindo a história*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 271p.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

NERY, Gabriel Cedraz. A organização sanitária do estado da Bahia. Algumas notas para o estudo de sua história. *Rev. Baiana Saúde Pública*, v.9, n.1, p.45-51, jan-mar, 1982

NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p.72-111.

NUNES, Edson. *Gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NUNES, Tânia Celeste Matos. *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. O "Sistema Nacional de Saúde". In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.68-73.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. Para uma teoria da Reforma Sanitária "democracia progressiva" e políticas sociais In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Ligia;

AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007a. p.202-209.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *(Im) Previdência Social: 60 anos da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

OPAS. *La organizacion de los sistemas locales de Salud. Regionalizacion, dispensarizacion y principios*. Washington D.C.: OPAS, 1990. (Série Desarrollo de Servicios de Salud, 14).

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. 154p.

PAIM, Jairnilson Silva. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério, 1987. p.45-59.

PAIM, Jairnilson Silva. Participação comunitária em saúde. Realidade ou mito? *Cadernos do CEAS*, n.91, p.46-52, 1984.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.587-628.

PAIM, Jairnilson Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80p.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 355p.

PAIM, Jairnilson Silva. Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugenio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993. p.187-220.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, crise e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 245p. (Coleção Monográfica Reitor Miguel Calmon, 2).

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 447p.

PINHEIRO, Luiz Humberto. Democratização da saúde. *Revista Saúde em Debate*, n.21, jun. 1988. (2ª contra capa).

PINTO, Vitor Gomes. Financiamento do setor saúde In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério, 1987. p. 319-325.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. Descentralização e democratização do sistema de saúde In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério, 1987. p. 235-252.

REVEL, Jacques. Apresentação. In: REVEL, Jacques (Org.). *Jogo de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.7-14.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção social. In: REVEL, Jacques (Org.). *Jogo de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.15-38.

REVEL, Jacques. Prefácio. In: LEVI, Giovanni. *Herança imaterial. Carreira de um exorcista no Piemonte do século XVII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p.7-37.

RICOEUR, Paul. *Tempo de narrativa*. Campinas: Papirus, 1994. 327p.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A via do parlamento. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editora, 1997. p.63-92.

RUY, José Carlos. *Os abismos da revolução - conciliação e reforma na política brasileira*. *Princípios*, n. 49, maio-jul. 1998.

SADER, Neusa Maria Barbosa. *O desenvolvimento da medicina comunitária no estado da Bahia*. Salvador, 1983. Dissertação ( Mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. As origens da Reforma Sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v.41 n.3, 1998.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v.28, n.5, p.193-210, 1985.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. *Revista Saúde em Debate*, v.33, n.81, 2009. Disponível em: < [www.cebes.org.br/default.asp](http://www.cebes.org.br/default.asp).>. Acesso em: 26 maio 2009.

SCLIAR, Moacyr. *A saúde pública no Rio de Dom João*. Rio de Janeiro: Senac, 2008.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v.10, n.3, p.423-432, maio-jun. 2002.

SILVA, Melissa Almeida. *Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na Integralidade*. Salvador, 2010. 109f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva*, v.17, n.1, p.69-85, 2003.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, P. H. B.; ÇEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). *Saúde coletiva: um campo em construção*. Curitiba: XIBPEX, 2006. p.29-69.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elisabeth Machado de. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.65-86.

SOUZA, Laura de Melo e. *Inferno atlântico: demonologia e colonização: séculos XVI-XVIII*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. 263p.

SOUZA, Laura de Melo e. *O Diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade no Brasil colonial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. 542p.

SPINK, Mary Jane; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-122.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção do sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise de práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.41-61.

TABOR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.5, p.32-51, jun. 1991.

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. 10 ed. São Paulo: UNESP; Salvador: EDUFBA, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. *As AIS-SUDS na Bahia: relatório de pesquisa*. Salvador: FINEP, 1989.180p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. Contexto político - administrativo da implantação de distritos sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.1, p. 79-84, jan.-mar. 1993.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.261-281. (Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde).

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, n.33, p.27-32,1991.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SILVANY NETO, Annibal Muniz; SAHO, M. *PIASS: uma alternativa para a crise?* Salvador: MSC, 1980. (mimeo).

TEIXEIRA, Fontes de Souza. *Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil*. Salvador, 1982. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva/UFBA.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica; FERNANDES, Rosa Virgínia. *A condução gerencial DOS Distritos Sanitários da Bahia: estudo dos D.S. de Itapagipe e Pau da Lima em Salvador*. Salvador, 1990. 27p. (Mimeo.).

TEIXEIRA, Maria da Glória; JUNIOR RISI, João Batista; Costa Maria da Conceição Nascimento. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 313-356.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. 232p.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 262p.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. A análise necessário à construção da Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007a. p.222-224.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.91-112.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Evolução e crise de uma política social. In: TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.87-102.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.17-46.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; MEDONÇA, Maria Helena. Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006a. p.93-231.

TESTA, Mário (Org.). *Saber en salud: la construcion del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 178p.

TESTA, Mário. De ilusiones perdidas y esperanzas futuras. *Saúde em Debate*, v.24, n.55, p.5-30, 2000.

TESTA, Mário. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 306p.

TESTA, Mário. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

TOMAZI, Zelma Francisca. *O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e Estado brasileiro*. São Paulo: Global, 1986. (Cadernos de Educação Política).

UGÁ, Maria Alicia D. *Descentralização e democracia: o outro lado da moeda*. *Revista Planejamento e Política Públicas*, n.5, jun. 1991.

VAINFAS, Ronaldo. Caminhos e descaminhos da história. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (Orgs.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. 15 reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. 441-449.

VEYNE, Paul Marie. *Como se escreve a história*. 2 ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1982. 198p.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YUNES, João. Participação social em saúde In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.133-139.

ZACHARIADHES, Grimaldo Carneiro (Org.). *Ditadura militar na Bahia: novos olhares, novos objetos, novos horizontes*. Salvador: EDUFBA, 2009, 285p.



## APENDICE 1 - FONTES DOCUMENTAIS UTILIZADAS

Tipo de Fonte	Referência	Acervo
<b>Periódicos</b>	<p>BULCÃO, Livinia de Argolo; OLIVEIRA, Margarida Pinto; NERY, Gabriel Cedraz. Legislação Sanitária, 1892 – 1983. <i>Rev. Baiana Saúde Pública</i>, v.11, n.1, p.7-17, jan./mar. 1984.</p> <p>NERY, Gabriel Cedraz. A organização sanitária do estado da Bahia. Algumas notas para o estudo de sua história. <i>Rev. Baiana Saúde Pública</i>, v.9, n.1, p.45-51, jan-mar, 1982.</p> <p>FORMIGLI, Vera Lúcia A. A Implantação do PIASS no Estado da Bahia. <i>Rev. Baiana de Saúde Pública</i>, v.7, n.(1-4 e 1-2), p.7 -19, jan. 1980/ jun. 1981.</p>	Revista Baiana de Saúde Pública
<b>Legislação</b>	<p>BAHIA. Lei nº 1.811 de 29 de junho de 1925. Cria a sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Estado da Bahia: <i>Imprensa Oficial do Estado</i>, Salvador, 02 ago. 1925. (Rua da Misericórdia, no.1 de 1926).</p> <p>BAHIA. Decreto nº 4.144 de 20 de novembro de 1925. Institui o Código Sanitário. Estado da Bahia: <i>Imprensa Oficial do Estado</i>, Salvador, 22 nov. 1925. (Rua da Misericórdia, no.1 de 1926<sup>a</sup>).</p> <p>BAHIA. Lei nº 3.104 de 28 de maio de 1973. Reorganiza a Secretaria de Saúde Pública. Institui a Fundação de Saúde do Estado da Bahia e da outras providências. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 30 ago. 1973.</p> <p>BAHIA. Lei nº 2.321. Reforma Administrativa Estadual. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 11 abr. 1966.</p> <p>BAHIA. Decreto nº 23.731 de 09 de outubro de 1973. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 10 out. 1973.</p> <p>BAHIA. Convênio 232/87. Dispõe sobre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado da Bahia. <i>Diário Oficial da União</i>, v.139, 11838, 17 jul. 1987.</p> <p>BAHIA. Lei 4.697 de 15 de julho de 1987. Dispõe sobre as modificações na estrutura da Administração pública do Estado, da outras providências. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 16 jul. 1987a, p.5-13.</p>	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública Francisco

	<p>BAHIA. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 03/87. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 01 nov. 1987b, p.37-38.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 01/89. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 03 abr. 1989a, p.28–29.</p> <p>BAHIA. Decreto nº 2.456. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador, 03 jun. 1989b.</p> <p>BAHIA. Lei Estadual nº6.074. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública estadual e da outras providencias. <i>Diário Oficial do Estado</i>, Salvador. [s.d].</p> <p>BAHIA. Relatório de Gestão do ano de 1929. Secretaria de Saúde e Assistência Pública (Gestão de Antônio Luiz C.A. de Barros Barreto). Estado da Bahia: <i>Imprensa Oficial do Estado</i>, Salvador, 1929. (Rua da Misericórdia, no. 1 de 1929).</p> <p>BAHIA. Relatório de Gestão do ano de 1926. Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública (Gestão de Antônio Luiz C.A. de Barros Barreto). Estado da Bahia: <i>Imprensa Oficial do Estado</i>, Salvador, 1927. (Rua da Misericórdia, no. 1 de 1927).</p>	
<p><b>Documentos Institucionais (Produzidos por órgãos da Saúde do Estado)</b></p>	<p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Programa dos 100 dias</i>. Salvador, 1987. (mimeo).</p> <p>BAHIA. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. <i>Subsídios para a formulação do Plano estadual de saúde, 1987 – 1991</i>. Salvador, set. 1987a. 6p.</p> <p>BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. SUDS-BA. <i>Plano estadual de Saúde (1988 – 1991)</i>. Salvador: SESAB/Assessoria de Planejamento, 1987b. 106p.</p> <p>BAHIA. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. <i>1987: um ano de mudanças na saúde</i>. Salvador: SESAB, 1987c. 20p.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Programação e Orçamentação Integrada – POI/87</i>. Salvador: SESAB, 1987d.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Relatório da ASPLAN</i>. Salvador: SESAB, 1987e .</p>	<p>Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública</p>

	<p>BAHIA. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. <i>1988: o avanço das mudanças na saúde</i>. Salvador: SESAB, 1988. 63p.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Programação e Orçamento Integrada – POI/88</i>. Salvador: SESAB, 1988a.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Relatório da ASPLAN</i>. Salvador: SESAB, 1988b.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>I Conferência Estadual de Saúde – I CONFERES. Relatório Final</i>. Salvador: SESAB, 1987. 18p. (17 a 20 de dezembro de 1987).</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>II Conferência Estadual de Saúde – II CONFERES. Relatório Final</i>. Salvador: SESAB, 1988.</p> <p>PMD. <i>Proposta de um Governo Democrático para mudar a Bahia</i>. Salvador, 1986, 61p. (Documento elaborado pela Fundação João Mangabeira).</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Projeto de Cooperação técnica para implementação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia</i>. Salvador: SESAB, 1987. (Mimeo).</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. <i>Plano estadual de saúde 1992/1995</i>. Salvador: SESAB, 1991.</p> <p>JORNAL A TARDE (1980 - 1990)</p>	<p>Instituto Geográfico e Histórico da Bahia (IGHBA)</p>
<p><b>Documentos consultados em outras instituições de saúde</b></p>	<p>COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. <i>Operacionalização dos programas de extensão de cobertura na Bahia</i>. Salvador, 1983. Dissertação (mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.</p> <p>FLORES, Oviomar. <i>O processo de distritalização da atenção à saúde na Bahia</i>. 1991. 247 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1991.</p> <p>GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. <i>Os impasses da modernização em saúde: o caso da regionalização</i>. Salvador, 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.</p>	<p>Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva-ISC-UFBA)</p>

	<p>KALIL, Maria Eunice Xavier. <i>Ideologia e prática do planejamento de saúde na Bahia</i>. Salvador, 1983. Dissertação ( Mestrado). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.</p> <p>SADER, Neusa Maria Barbosa. <i>O desenvolvimento da medicina comunitária no estado da Bahia</i>. Salvador, 1983. Dissertação ( Mestrado em Saúde Comunitária). Faculdade de Medicina/Câmara de Pós-Graduação/UFBA.</p> <p>TEIXEIRA, Fontes de Souza. <i>Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil</i>. Salvador, 1982. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva/UFBA.</p>	
<p><b>Outras Fontes Impressas</b></p>	<p>ARAUJO, José Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M.; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia. <i>Revista de Saúde Pública</i>, n.7, p.1-19, 1973.</p> <p>ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. <i>Boletim</i>, Ano 1, n.2, abr. 1977.</p> <p>ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. <i>Relatório da diretoria da Associação Psiquiátrica da Bahia</i>. Salvador, dez. 1977-dez. 1979. (Mimeo.).</p> <p>BAHIA. Assembléia Legislativa da Bahia. <i>Constituição do Estado da Bahia: texto consolidado</i>. Salvador: EGBA, 1999. 183p.</p> <p>BAHIA. Assembléia Legislativa da Bahia. Superintendência de Apoio Parlamentar. Divisão de Pesquisa. <i>Bahia de Todos os Fatos: cenas da visa republicana 1889 – 1991</i>. Salvador: Assembléia Legislativa, 1996. 384 p.</p> <p>FORMIGLI, Vera et al. Organização da Atenção à Saúde em Distritos Sanitários. <i>Revista Baiana de Enfermagem</i>. Salvador, v.5, n.1, p.5-20, out. 1992.</p> <p>MUDAR a Bahia mudando a saúde. Documento preliminar para discussão da Política de Saúde do Governo Waldir Pires. Contribuição do Comitê do Candidato a Deputado Estadual pelo PMDB LUIZ UMBERTO. Salvador, ago. 1986. 32p. (mimeo.).</p> <p>PAIM, Jairnilson Silva. nascimento e paixão de uma política de saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva. <i>Saúde, Política e Reforma Sanitária</i>. Salvador: CEPS-ISC, 2002. p.91-115.</p>	

	<p>PAIM, Jairnilson Silva. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-Ba. <i>Saúde em Debate</i>, n.28, p.16-21, mar. 1990.</p> <p>PAIM, Jairnilson Silva. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, v.5, n.4, p. 365-375, out/dez. 1989.</p> <p>PAIM, Jairnilson Silva. A Democratização da saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado: o caso da Bahia. <i>Saúde em Debate</i>, n.21, p.39-44, jun. 1988.</p> <p>TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica; FERNANDES, Rosa Virgínia. <i>A condução gerencial DOS Distritos Sanitários da Bahia: estudo dos D.S. de Itapagipe e Pau da Lima em Salvador</i>. Salvador, 1990. 27p. (Mimeo.).</p>	
<b>Jornal da ABM (itens consultados)</b>	<p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.131-140, mar.-dez. 1980.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.141-143, maio-jul. 1981.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.144, set.-dez. 1981.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.148, 1982.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.149, 1983.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.151, 1984.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.154, 1986.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.155, maio-jul. 1986.</p> <p>JORNAL ABMNOTÍCIAS, n.156, 1986.</p>	Arquivo pessoal (Prof. Jairnilson Paim e Profa. Cristina Melo)
<b>Jornal Conflito (itens consultados)</b>	<p>JORNAL CONFLITO, ano I, n.1-3, abr.-dez. 1978.</p> <p>JORNAL CONFLITO, ano II, n.4-5, mar.-jun. 1979.</p> <p>JORNAL CONFLITO, ano III, n.6, jun. 1980.</p>	Arquivo pessoal (Prof. Jairnilson Paim)
<b>apb Revista</b>	<p>ApbREVISTA, v.2, n.1, 1978.</p> <p>ApbREVISTA, v.1, n.1, jul.- dez. 1977.</p> <p>ApbREVISTA, v.1, n.2-3, 1980.</p> <p>ApbREVISTA, n.4, 1981.</p> <p>ApbREVISTA, n.5, 1983.</p>	Arquivo pessoal de psiquiátrias
<b>Boletins da APSPBA</b>	<p>BOLETIM APSPBA, jun. 1979.</p> <p>BOLETIM APSPBA, n.6, jul. 1980.</p> <p>BOLETIM APSPBA, n.7, set. 1980.</p>	Arquivo pessoal (Prof. Jairnilson Paim)
<b>Vídeo</b>	<p>BAHIA. Secretaria da Saúde. Centro de Saúde do Trabalhador-Cesat. <i>Tijolo por Tijolo – 20 anos de saúde do trabalhador na Bahia, 1988-2008</i>. Salvador. (Cesat– vídeo, 200).</p>	Biblioteca do Cesat
<b>Entrevistas</b>	<p>Antonia dos Santos Garcia (entrevista concedida em 29.11.2010).</p> <p>Heloniza Oliveira Gonçalves Costa (entrevista concedida em 18.05.2010).</p>	

	<p>Jairnilson Silva Paim (entrevista concedida em 01/12/2010).</p> <p>Luiz Umberto Ferraz Pinheiro (02 entrevistas concedidas em 23.11.2009 e 14.12.2009).</p> <p>Neusa Maria Barbosa (entrevista concedida em 20/04/2010).</p> <p>Ronaldo Ribeiro Jacobina (entrevista concedida em 25/11/2010).</p> <p>Francisco Waldir Pires de Souza (entrevista concedida em 23/11/2010).</p>	
<p><b>Entrevistas rápidas (sondagem de opinião)</b></p>	<p>Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva  Stella Maria Pereira Fernandes de Barros  Nair Fábio da Silva  Edelita Coelho de Araújo  Maria Leia Rocha Fagundes  Virgílio Figueiredo Abreu  Jane Vasconcelos  Jose Ramalho de Oliveira</p>	