

A FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA*

Marluce Maria Araújo Assis **

Maria Cecília Puntel de Almeida***

RESUMO — *Este estudo trata da forma de organização dos serviços de saúde de Feira de Santana-Ba e objetiva analisar as concepções que os gestores de saúde têm sobre a administração dos serviços de saúde, as relações de poder estabelecidas e o modelo de saúde predominante. A metodologia adotada estabelece confrontos em diferentes níveis de análise: entre as falas dos gestores de saúde do município e os documentos oficiais e entre esses e a estrutura social. As disputas e representações são configuradas através de posições diferenciadas: uma posição a favor do neoliberalismo que também é hegemônica em termos das relações estruturais concretas; um projeto a favor do neoliberalismo e de um “SUS seletivo para pobres”; uma posição que coaduna com a proposta da reforma sanitária. As relações de poder se sobrepõem aos interesses sociais, em nome dos “cargos de confiança”, desconhecem a importância estratégica de uma melhor articulação, no plano organizativo das instituições de saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Políticas de saúde; modelo assistencial de saúde; organização dos serviços de saúde.*

ABSTRACT — *This study is about how health services are organized in Feira de Santana-Bahia (Brazil) and its purpose is to analyze the conceptions that health administrators have about the management of health services, the established authority relationship and the prevailing health model. The methodology adopted establishes confrontations in different levels of analysis: in the speeches of the city health administrators and official*

* Este trabalho é parte do segundo capítulo da Dissertação de Mestrado da primeira autora, intitulada: *A Municipalização da Saúde em Feira de Santana-Ba: intenção ou realidade?*

** Enfermeira. Prof. Assistente do Dep. de Saúde. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ EERP/USP. E-Mail: lucamaralm@netsite.com.br

*** Enfermeira. Prof. Titular do Dep. Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Orientadora do trabalho. E-Mail: cecilia@glete.eerp.usp.br

documents, and among those and the social structure. The debates and representations are configured through different positions: one position favoring the neoliberalism which is also hegemonic at the concrete structural relation level; one project in favour of the neoliberalism and of a “a Health System selected for the poor people”; one in consonance with the proposal of the sanitary reform. The authority relationship overcomes social interests, in the name of a “position of trust”. They ignore the strategic importance of a better articulation in the organizational planning of health institutions.

KEY WORDS: *Health politics; health assistance pattem; organization of health services.*

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva analisar as concepções que os gestores de saúde têm sobre a administração dos serviços de saúde, as relações de poder estabelecidas e o modelo predominante na organização dos serviços de uma realidade específica — Feira de Santana-Ba, no período de 1983-1993, apontando os avanços alcançados e os limites impostos.

As políticas de saúde empreendidas a partir de meados da década de sessenta, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), até o início da década de oitenta, com o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social — CONASP (BRASIL, 1982) apresentam um aparente paradoxo: a crescente intervenção estatal, através da Previdência Social, atuando como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolvendo um padrão de organização dos serviços de saúde orientado para a lucratividade, o que tem favorecido os produtores privados desses serviços; a criação de um complexo médico-industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e a diferenciação da prática médica em função da clientela, com privilegiamento da prática curativa, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter

preventivo e de interesse coletivo. Não há o favorecimento da questão primordial, que é entender o processo saúde-doença de uma forma mais globalizante, que articula saúde com condições dignas de vida, mesmo que se tenham adotado algumas medidas de saúde pública, de caráter preventivo.

Esse modelo de atendimento à saúde apresenta graves problemas sociais, principalmente por excluir parcelas expressivas da sociedade.

Por outro lado, as conjunturas políticas e econômicas eram desfavoráveis, constituindo um período de profundas transformações, iniciadas a partir da metade da década de 70, com a redução generalizada do crescimento econômico acompanhada da inflação e do desemprego.

Tais condicionantes levaram a uma abertura política lenta e gradual, com a entrada em cena na arena política de novos interlocutores sociais, até então excluídos do processo de decisão das ações de governo e que, pelo menos naquele momento, pareciam dispostos a lutar pelo resgate da dívida social no período autoritário.

O desafio que os “novos sujeitos” enfrentaram, adicionado à inflação, foi um quadro agravado pelas desigualdades e pelas pressões sociais e um complexo processo de criação e incorporação institucional, dos próprios sujeitos responsáveis pela administração dos conflitos gerados pelas políticas de estabilização. A desmontagem do regime autoritário e o início da reforma política do Estado que começa a ser esboçada nos trabalhos das Constituições Federal e Estadual e das Leis Orgânicas — Federal, Estadual e Municipal foram disparadores temáticos para desencadear o processo de mudança. Ainda que as referidas leis não tenham representado uma efetiva transformação das práticas de saúde, isso porque as transformações no setor saúde deveriam ser traduzidas na melhoria da qualidade de assistência, no acesso, na equidade e na resolutividade dos serviços, sejam eles públicos ou privados. O quadro de saúde de Feira de Santana revelou que as transformações não aconteceram, pelo menos no que diz respeito ao postulado de coerência ditado pela legislação sanitária, como proposição de um Sistema Único de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tomamos como base teórica a concepção histórico-estrutural Gramsciana (GRAMSCI, 1991), argumentando que as determinações sociais não têm somente relação com a estrutura econômica do modo de produção capitalista. Os componentes cultural, político e ideológico devem ser valorizados como conhecimentos inerentes aos sujeitos sociais que são co-partícipes dos processos sociais, inseridos em realidades sociais específicas.

Assim, procuramos interpretar *qualitativamente* um determinado contexto através de *entrevistas e análise documental*, estabelecendo confrontos em diferentes níveis de análise, baseados na proposta hermenêutica-dialética de MINAYO (1993), sintetizados a seguir:

a) *confronto entre as falas* dos representantes de instâncias governamentais - Prefeitos, Secretários de Saúde, Diretores Regionais de Saúde, Diretores de Hospitais Públicos, Coordenadores de Centros de Saúde (Grupo I); instituições prestadoras de serviço privado (Grupo II); lideranças de entidades associativas (Grupo III) e lideranças representantes do usuário no Conselho Municipal de Saúde (Grupo IV), totalizando 27 entrevistas. A questão orientadora das entrevistas foi: “Como estão organizados os Serviços de Saúde de Feira de Santana (na rede pública - municipal, estadual e federal e na rede privada - contratada, conveniada e filantrópica?)”.

Ao denominar cada Grupo, elegemos os sujeitos que mais se destacaram em determinados cargos concernentes às políticas governamentais do município, à participação nas Comissões de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde e as instituições privadas que têm direcionado a lógica do Sistema de Saúde, principalmente através de convênios com a Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1983-1993;

b) *confronto entre as falas e os documentos* com a conjuntura socioeconômica e política. Os documentos analisados foram a totalidade das propostas oficiais de Organização dos Serviços de Saúde em Feira de Santana no recorte temporal da investigação, a saber:

Documento n. 1 - Projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS) para o Município de Feira de Santana. (SALVADOR - SECRETARIA DA SAÚDE DA BAHIA, 1985) .

Documento n. 2 - Plano Estadual de Saúde do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). (SALVADOR - SECRETARIA DA SAÚDE DA BAHIA, 1988).

Documento n. 3 - Projeto de Implantação dos Distritos Sanitários em Feira de Santana - Ba. (FEIRA DE SANTANA - DIRETORIA REGIONAL DA SAÚDE, 1989).

Documento n. 4 - Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana -Ba. (FEIRA DE SANTANA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA FEIRA DE SANTANA, 1992) .

A “construção dos dados” possibilitou recortar duas *categorias empíricas* que denominamos de: *formas de produzir serviços de saúde e o entendimento e a forma de administrar os serviços de saúde do município*, apresentadas a seguir.

2.1 SOBRE AS FORMAS DE PRODUZIR SERVIÇOS DE SAÚDE

As conquistas sociais consagradas no texto constitucional de 1988 eliminam a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde, o que provoca uma ruptura com o modelo corporativo do benefício como direito de quem paga a previdência social e viabiliza, ainda que limitada, uma redistribuição de recursos da população assalariada.

A esse propósito, MENDES (1994) aprofunda o conceito de *universalismo excludente*, num sentido de que a expansão da universalização dos serviços de saúde

... vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda de qualidade dos serviços públicos que, concomitante, vai expulsando do subsistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado.

A convergência das falas narradas, adiante, traduz a má qualidade dos serviços de saúde do Município, percebida pelos entrevistados que, mesmo com interesses e visões de mundo diferentes, representam a “crise” que vêm passando os setores

sociais no país, não só na prestação de serviços de saúde como também na seguridade social, na conquista dos direitos sociais e na possibilidade do exercício da cidadania para os diversos segmentos sociais:

“Saúde pública de Feira de Santana é um verdadeiro caos” (Grupo IV, ent.nº 25).

“A saúde de Feira de Santana realmente está em estado de coma...”. (Grupo IV, ent. nº 26).

“Os serviços de saúde de Feira de Santana,... estão pior do que antes.” (Grupo II, ent.nº 13).

“O atendimento de saúde em Feira de Santana é péssimo, a começar pelo serviço público”. (Grupo III, ent.nº 21).

A política social no estado capitalista e no seu plano estrutural, por mais “ampliada” que seja, representa interesses plurais baseados em seus critérios de seletividade (OFFE, 1984). Esses “critérios” na reforma sanitária brasileira têm sido construídos através de políticas focalizadoras, com garantia de acesso ao sistema público de segmentos marginalizados da sociedade, ou seja, aqueles que não têm como se antepor aos mecanismos de racionamento.

É no espaço de políticas compensatórias da desigualdade social que se estrutura o modelo neoliberal, gerando, na última década, um sistema de saúde que não tem conseguido atender a todos os interesses de classe, grupos e partidos políticos existentes na sociedade brasileira, mas também, de um sistema de saúde limitante com diversas modalidades assistenciais discriminatórias, no qual os serviços públicos de saúde são reduzidos a mais uma modalidade de assistência médica para *os pobres*. Em Feira de Santana, o predomínio do neoliberalismo no setor saúde pode ser caracterizado, conforme as tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Serviços Públicos de Saúde de Feira de Santana (BA), julho de 1993.

Caracterização	Municipal	Estadual		Federal	Total	
		SESAB ¹	IAPSEB ²		Nº	%
Centros de Saúde	19	09			28	77,75
PAM/Policlínica	01	01	01	01	04	11,10
Hospital Especializado	01	01			02	5,55
Hospital Geral		01			01	2,80
Outros				01	01	2,80
Total %	21 58,30	12 33,30	01 2,80	01 2,80	36 100,00	

Fonte: Centro de Informações em Saúde (CIS) - SESAB, 1993; Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana, 1992; 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

1-Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2-Instituto de Assistência e Previdência dos Servidores do Estado da Bahia; 3-Serviço de Saúde Universitário; 4-Fundação Nacional de Saúde.

Tabela 2 - Serviços privados de Saúde de Feira de Santana (Ba), julho de 1993.

Caracterização	Lucrativo	Não Lucrativo	Total Nº	%
PAM/Policlínica	43	05	48	61,54
Hospital Especializado	06	-	06	7,69
Hospital Geral	04	01	05	6,41
Pronto-socorro	01	-	01	1,28
Laboratório de Análises Clínicas	18	-	18	23,08
Total %	72 92,31	06 7,69	78	100,00

Fonte: CIS - SESAB, 1993; Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana, Ba, 1992; 2ª DIRES.

Os dados confirmam a participação relevante do setor privado (68,42%), do total de 114 instituições de saúde públicas e privadas, no âmbito hospitalar e ambulatorial, (Tabelas 1 e 2). Isso nos leva a pensar que, enquanto o movimento sanitário buscava consolidar o arcabouço jurídico normativo e institucional, tanto no âmbito nacional quanto no âmbito das políticas regionais e localizadas, o setor privado avançava significativamente, criando um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado, *o da atenção médica supletiva*, como denomina MENDES (1994).

As estratégias descentralizadoras (AIS, SUDS) foram implantadas paralelamente ao crescimento da “atenção médica supletiva”, ou seja, a medicina de grupo, sistemas próprios, seguro saúde, cooperativas médicas e planos de administração, até mesmo porque “é um sistema de atenção médica e não é de saúde e estrutura-se em uma base social, vez que seu acesso depende da capacidade de pagamento de indivíduos, famílias e empresas”. (MENDES,1994):

Na Tabela 2, não estão discriminados os serviços de *atenção médica supletiva*, pela dificuldade de congregar esses dados, devido à fragmentação, à amplitude e ao acesso às informações. Porém, necessário se faz registrar que das 78 unidades de saúde privadas de Feira de Santana-Ba, 72 unidades são de caráter lucrativo (92,31%); no total geral, elas representam 63,16% das instituições de saúde do município. Do total de 78 unidades privadas (Tabela 2), temos: 48 (61,54%) Pronto-atendimento Médico (PAM)/Policlínicas, 18 (23,08%) Laboratórios de análises clínicas, 06 (7,69%) Hospitais especializados e 05 (6,41%) Hospitais gerais.

Nos serviços públicos (Tabela 1), a rede básica de saúde detém um percentual de 88,85% de unidades de saúde, distribuídas assim: 28 (77,75%) Centros de saúde e 04 (11,10%) PAM/Policlínicas.

Somados os serviços públicos com os serviços privados, os PAM/Policlínicas perfazem um percentual de 45,61%, com predomínio significativo dos serviços privados — 42,10%. Na rede hospitalar também prevalece o setor privado com 11 (78,57%) instituições do total de 14 hospitais (gerais e especializados)

existentes na cidade de Feira de Santana. Esses hospitais prestam atendimentos nas várias especialidades médicas com apoio diagnóstico, terapêutico, reabilitação e emergências. Por isso, o pronto-socorro e os laboratórios de análises clínicas listados na Tabela 2 não representam o montante desses serviços no Município.

Nos discursos dos formuladores de políticas de saúde, percebemos que há um consenso, no que diz respeito à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, à hierarquização e à baixa qualidade dos serviços de saúde do Município. Porém, gostaríamos de estar levantando a questão de que a intervenção estatal através de políticas sociais não é um processo unívoco e unilateral, pelo contrário, é resultante das relações contraditórias que, historicamente, se estabeleceram entre capital, trabalho e sujeitos político-sociais.

Quais são as disputas e representações dos sujeitos políticos-sociais de Feira de Santana relacionados à forma de organização dos serviços de saúde? Existe um projeto para a saúde no Município?

Enquanto a segunda questão envolve uma proposta formal dos formuladores de políticas, com justificativas dos interesses representados, a primeira questão diz respeito às contestações e representações dos vários sujeitos envolvidos na legitimidade de uma proposta efetiva.

As divergências contidas nos discursos dos formuladores de políticas de saúde e os documentos oficiais das propostas de saúde do Município, no período de 1983-1993, podem ajudar a elucidar ou até mesmo a apontar algumas inquietações:

“Hoje, dia treze de agosto de 1993, faz 10 anos que a UNIMED foi introduzida em Feira de Santana e o avanço desta opção ... mostra um novo tipo de alternativa possível” (Grupo I, ent. n. 2).

“Eu acho que a privatização da saúde, como em alguns casos já existe, como convênios com algumas clínicas, indústrias e hospitais. Eu acho que tem que se partir para isso” (Grupo I, ent. n. 1).

“Acho que ela deve ser aperfeiçoada (a proposta do SUS) ao ponto de retirar o direito de assistência médica daquelas pessoas que possuem condições de pagar outros convênios e para custear o seu próprio tratamento...” (Grupo I, ent. n. 8).

“Eu penso que o grande comandante do serviço de saúde deve ser o setor público ... O setor privado deve ser complementar ao setor público ... a situação aqui é inversa, quando na verdade ela é inversa em todo o país ...” (Grupo I, ent. n. 9).

Como se pode depreender desses depoimentos da representação de instâncias governamentais, na condição de cargos políticos diretivos, existem visões aparentemente divergentes no que diz respeito à forma de produzir serviços de saúde.

Percebemos, também, que somente um diretor de hospital (ent. n.9) defende com “coerência discursiva”, o projeto da reforma sanitária. Durante toda a entrevista, aponta posições políticas que marcaram os avanços e retrocessos do processo de descentralização, inserindo-se como sujeito participante.

“A alternativa possível” referenciada pelo Grupo I, ent. n. 2, na realidade teve início em 1967, em Santos-SP, daí espalhando-se para as demais cidades do país, havendo um crescimento gradativo nos últimos dez anos, com 46% em número de usuários no período de 1987-1989 e de 62% em faturamento (MENDES, 1994). Em Feira de Santana, “a UNIMED atende em torno de 10% da população”. (Grupo I, ent. n. 9).

Na realidade, os discursos dos três primeiros entrevistados são concordantes no que diz respeito à privatização dos serviços de saúde, como uma tendência a direcionar as políticas sociais de uma lógica do bem público e de atenção às necessidades, para uma lógica baseada na lucratividade.

Há uma nítida ênfase dada ao mercado para atender as demandas sociais, na qual a satisfação das necessidades se daria através da compra de serviços e mercadorias, em função de interesses e condições para tal. Os serviços públicos deveriam ser suplementares, em consonância com a ideologia liberal, atendendo, portanto, a grupos marginalizados que tivessem se mostrado incapazes de competir/reivindicar os mecanismos do mercado, o que FLEURY (1992) denomina de “cidadania invertida”, justificando que o agir social decorre do fracasso individual e não do interesse coletivo e social.

O quarto discurso do Grupo I, ent. n.9, enfatiza a ação governamental pública que coaduna com o dispositivo consti-

tucional e a Lei Orgânica da Saúde - 8 080 de 19/09/90 (CARVALHO & SANTOS, 1995), cujo artigo 4º estabelece que o Sistema Único de Saúde é constituído do

conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Portanto, nenhum serviço público de saúde está fora do sistema único, devido à sua abrangência nacional. A normatividade do SUS abrange todos os serviços privados, conveniados e contratados que dele venham a participar complementarmente.

As disputas e representações evidenciadas nas falas do Grupo I, Grupo II e Grupo III são configuradas através de três posições diferenciadas:

a) uma posição a favor do neoliberalismo que também é hegemônica em termos das relações estruturais concretas, como prática social, divergindo das leis que regem o Sistema Único de Saúde;

b) um projeto a favor do neoliberalismo e de um “SUS seletivo para pobres”, apoiado na idéia de “focalização” com direcionamento dos gastos sociais, especialmente a saúde, em programas dirigidos aos setores mais pobres da população — “o SUS é uma ótima idéia ... mas ele há muito que ser aperfeiçoado ... eu não acredito que o governo do Brasil tenha condições de absorver uma proposta de beneficiar gratuitamente em termos de saúde 100% da população”. (Grupo I, ent. n.8).

c) a terceira posição coaduna com a proposta da reforma sanitária, evidenciada também no Grupo IV e no Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana (Doc.4), através do seguinte objetivo:

Criar um novo *Modelo Assistencial de Saúde* em Feira de Santana ... que integre toda a rede básica pública, incluindo além do estado, unidades vinculadas ao setor federal; que esteja sob o *Comando Único Municipal*; que adote uma gestão democrática com a participação popular em todos os níveis; que por fim preconize a saúde como direito de todos e um dever do estado.

Verificamos, nessa citação, uma preocupação em propor mudanças na forma de organização dos serviços públicos de saúde. No entanto, ao comparar o quantitativo de estabelecimentos de saúde do Município descrito no documento, observa-se que o setor privado detém um percentual de 68,42%, através do *subsistema de atenção médica supletiva* e do “Subsistema privado contratado e conveniado”, com o SUS. A questão que se coloca para a contemplação desse objetivo, proposto no documento, é de que é necessário pensar nas formas alternativas de relacionamento entre o setor público e o setor privado.

Diante do exposto, será que o “Novo Modelo Assistencial de Saúde” que se propõe poderia ser isolado desta realidade? Como integrar a rede de serviços para que tenha resolutividade?

Por outro lado, Feira de Santana não foge da realidade nacional, em que: “a ideologia e os projetos neoliberais acham-se inscritos na própria estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro” (CAMPOS, 1992).

É evidente que os direitos de cidadania, incluindo o direito à saúde, estão relacionados à liberdade política e à igualdade social que, no caso brasileiro, andaram sempre muito distanciadas.

Basta lembrar os vinte anos de ditadura que vivemos e a própria história da atenção à saúde que está diretamente associada à previdência social, sendo traduzida exatamente na contraposição do social em favor do individual e do curativo em detrimento do preventivo e promocional.

A viabilidade da busca da legitimidade deve-se dar através da superação da defasagem entre as propostas “técnico-institucional” e as necessidades sentidas e acumuladas pelos segmentos sociais, não só nas condições e no acesso aos serviços de saúde, mas, nas suas condições de vida como um todo.

Em termos de Feira de Santana, as necessidades sentidas pela sociedade são expressas através de vários determinantes, a começar pela distribuição de salários, 46,7% da população recebem de 1/4 a 1 salário mínimo, com uma densidade igual a 71,9% da população que sobrevivem com uma cifra de 1/4 a 2 salários mínimos (Doc.1 - *apud* censo demográfico de 1980); o sistema de esgotamento sanitário serve somente 19%

da população, “No restante dos imóveis existem fossas sépticas e ‘sumidouros’”. (Doc.4); as principais causas de óbitos em menores de um ano em 1987 são as doenças infecciosas e parasitárias (16,6%), algumas afecções originárias no período perinatal (12,42%) e liderando o grupo as causas relativas a sinais e sintomas mal definidos (58,89%), com uma taxa de coeficiente de mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos) de 36,86%.

Em decorrência da situação de miséria, contingentes populacionais de baixa renda passaram a habitar a periferia da cidade destituída de planejamento urbano, transportes, escolas, serviços de saúde e outros equipamentos de uso coletivo.

A partir das colocações acima, pensamos que as reformas sociais, embutidas aqui, a *Reforma Sanitária*, carecem de um aprofundamento, a fim de que se defina com clareza uma nova relação social entre público e privado, na definição de políticas específicas para o combate desse estado de “coisas” tão presente no cenário nacional e a articulação entre os formuladores de políticas (na condição de executivos governamentais), com os movimentos sociais, partidos políticos e entidades associativas e sindicais. Já que a prática tem demonstrado que os avanços conseguidos pelos “despossuídos sociais”, variam em relação aos recursos que cada grupo é capaz de mobilizar, em face de seu nível de organização política e sua inserção sociocultural.

Por conseguinte, a força de pressão em obter uma assistência à saúde integral passa, também, pela mobilização dos grupos inseridos nas instituições de saúde, em sua área de abrangência, através das comissões locais de saúde exigindo, com isso, um maior compromisso, organização, controle e qualificação dos trabalhadores responsáveis pelo atendimento à população. Só assim, talvez, não corramos o risco de um percentual tão alto de 58,89% “por causas mal definidas” de mortalidade infantil em um dos municípios brasileiros, como é o caso de Feira de Santana.

O que se pretende apontar é em que medida o “discurso” dos formuladores de políticas vem contribuindo na definição das políticas de saúde do Município de Feira de Santana, em particular a proposta de Descentralização X Municipalização,

tendo em vista os elementos que se articulam na estrutura social para a institucionalização de uma dada política social.

Os mecanismos utilizados nos “microespaços” para a preservação de “micropoderes” podem ser demonstrados através de “grupos corporativos”, de associações de especialidades médicas que se aliam para se manterem, enquanto poder institucionalizado, como também através da ocupação de cargos administrativos na burocracia estatal, ou mesmo nas instituições que prestam serviços à população:

... O setor privado cresce nos seus interesses ... foram desativados leitos da Santa Casa de clínica médica, porque a cirurgia é que atende os interesses dos então dirigentes da Santa Casa, que são dois anestesistas... (Grupo I, ent. n.9).

... Se em determinado momento nós imaginamos de que a rede privada, aqui em especial, a Santa Casa, que seria uma complementação primeira do SUS. Eu tenho minhas dúvidas...(Grupo II, ent. n.13).

Tentando fazer uma analogia ao pensamento de MARX (*apud* COUTINHO, 1989) com a situação descrita, os interesses são representados por uma classe, entendida aqui, no sentido mais restrito, enquanto representação de uma “corporação”, no caso, a “corporação dos médicos anestesistas” que, em última instância, podem pertencer à mesma classe social que parece defender a natureza do estado capitalista, o qual pode ser identificado através de: necessidade de ampliação e reprodução do capital num sistema de troca entre o atendimento prestado e o valor pago pelo procedimento (tanto o desembolso indireto custeado pelo estado através do SUS, quanto o desembolso direto custeado pelo próprio usuário através de convênios ou diretamente ao profissional); a legitimação do poder institucionalizado no exercício do cargo, e as articulações entre as práticas desenvolvidas por esses sujeitos sociais e os seus valores culturais e ideológicos.

Quanto à complementaridade dos hospitais filantrópicos com o SUS, questionado pelo Grupo II, ent. n. 13, é importante constatar que os termos dos contratos apenas regulamentam os mecanismos de compra de serviços, a listagem de atividades

previstas e os respectivos valores. Não havendo definição de padrões qualitativos mínimos como: normas técnicas referentes à ação dos trabalhadores na instituição, composição tecnológica e parâmetros de recursos humanos.

Conforme afirma CAMPOS (1992): "Não há definição de medidas concretas para a defesa do direito dos pacientes, exceto no que se refere à gratuidade e ao acesso universal".

Diante dessa situação, os hospitais privados e filantrópicos em convênio com o SUS mantêm uma prática mercantilista representando interesses de determinadas corporações profissionais, "políticos eleitoreiros" (Grupo III, ent. n.18, Grupo II, ent. n.14 e Grupo I, ent. n. 9) e de empresas médicas, "havendo uma recomposição do liberalismo clássico com a criação de uma nova forma de produção, diferente daquela encontrada em alguns sistemas públicos, onde não há assalariamento dos agentes produtores de serviço". (CAMPOS, 1992)

No entanto, diante do quadro de carências desenhado, tanto quanto às condições de vida, quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados à população, faz-se necessário questionar qual o padrão de utilização dos serviços de saúde por parte do usuário, considerado carente, nas instituições que se dizem filantrópicas. A nosso ver, a discriminação começa pela diferença entre apartamento individual, para atendimento à clientela diferenciada de outros convênios ou particular e o atendimento *coletivo*, dentro das enfermarias ou mesmo corredores e macas dos hospitais para pacientes que não têm outro tipo de convênio, a não ser o atendimento pelo SUS.

Uma questão que se poderia colocar, neste momento, seria a posição assumida pela representação de entidades de classe, no que se refere à privatização dos serviços de saúde. Há um reconhecimento por parte dos entrevistados do fortalecimento do setor privado, através das cooperativas médicas e demais convênios com os serviços de saúde. No entanto, relatam alguns avanços no que diz respeito à capacidade instalada da rede pública, aumento e melhor capacitação dos profissionais e o arcabouço jurídico (Lei Orgânica Municipal, Criação do Conselho Municipal da Saúde e Fundo Municipal de Saúde).

Dentro do grupo das entidades de classe, alguns sujeitos deixam transparecer a defesa de um sistema público, dentro de um modelo biomédico, sob o comando do estado. Outros não assumem posição, demonstrando o predomínio de interesses corporativos na definição das linhas de atuação ou, até mesmo, alguns desses sujeitos não se inserem como agentes do processo de democratização da saúde.

Quanto ao grupo de representação de lideranças do usuário no Conselho Municipal de Saúde, não houve divergências significativas, no que diz respeito à forma de organização dos serviços de saúde, podendo ser expressa na seguinte citação:

... a saúde no nosso entender é direito de todos e dever do estado e nós temos que nos organizar para garantir isso. Não vamos deixar que a rede privada tome conta de todo o serviço e ficando prejudicada a rede pública ... (Grupo IV, ent. n. 22).

A manifestação de desejo em mudar a atual lógica do modelo de assistência médica é sentida bem de perto por esse grupo de representação, que na concretude do dia a dia usa os serviços de saúde.

O que se pretende assinalar, em síntese, até aqui, é a idéia de que, da perspectiva do modelo hegemônico de saúde e dos interesses nele dominantes, as chamadas políticas sociais desempenham um papel, que nos parece razoavelmente claro, como instrumento de manutenção e reprodução da ordem política e econômica dada. Os sujeitos sociais se colocam estrategicamente “ausentes” do processo, no sentido da manutenção e reprodução do *status quo*.

Ao fazermos um confronto com os dados quantitativos descritos nos projetos Ações Integradas de Saúde (Doc.1) e o Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana (Doc.4), observamos que a rede estadual não se expandiu entre 1984 -1993, apenas foi transferida uma unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para a SESAB e construído um centro de saúde por essa mesma Secretaria. O que nega relativamente a afirmação do Grupo I, ent. n.4 -“expandiu-se a rede estadual”.

Na realidade, houve expansão em termos de capacidade de atendimento, com instalação de programas específicos, como, Saúde do Adolescente, Doenças Sexualmente Transmissíveis e ampliação do atendimento odontológico em nível preventivo e curativo, através de “convênio do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana com escolas da rede estadual e Centros de Saúde da 2ª Diretoria Regional de Saúde”. (Grupo II, ent. n. 12 e Grupo III, ent. n. 17).

O Plano Municipal de Saúde (doc.4) relaciona o nível de produtividade de médicos e odontólogos, na rede estadual e municipal, que seria interessante mencionar.

Os médicos dos serviços básicos municipais e estaduais atenderam 56% e 35,22%, respectivamente, considerando-se 16 consultas/dia em 220 dias úteis, em 1991. Os odontólogos tiveram uma produção de 80,5% nesse mesmo ano nos serviços básicos municipais, ao passo que nos serviços básicos estaduais, obtiveram um percentual em torno de 28%.

Não resta dúvida de que a utilização efetiva dos serviços de saúde realizada pela população demonstra uma rede ociosa e descomprometida para uma demanda cada vez maior e mais diversificada.

A produtividade nos serviços de saúde não deve ser pensada apenas em percentuais ou mesmo critérios de ordem técnica e administrativa (como a estipulação de 16 consultas por dia). Pensar o atendimento à saúde, em termos qualitativos, é propor uma nova e dialética relação, entre serviços e demandas das necessidades de saúde do usuário do sistema. (CAMPOS, 1992)

Não basta a ampliação da estrutura física, da quantidade de pessoal nem a melhoria das condições de trabalho e salários, se não vierem acompanhadas de compromisso profissional e de criação de instrumentos para planejar e avaliar as ações profissionais. Ou seja, é procurar entender a organização dos serviços de saúde na *dimensão da gestão e do planejamento em defesa da vida*. Que, segundo MERHY (1993) “os sujeitos constituem modos de ação sobre a realidade e não os modos de ação que constituem os sujeitos”.

A melhoria dos serviços privados relatada pelo Grupo III, ent. n.18, como “tomografia computadorizada, ultrassonografia...”, envolve os centros de poder e as elites médicas apresentando uma maior densidade tecnológica com procedimento de alto custo.

A esse propósito, MENDES (1994: 60-61) diz:

Os grupos sociais com potência de vocalização política... propugnam por essa atenção de alto custo, que, por sua vez, deverá, conseqüentemente ser ofertada pelo Estado ... O subsistema de alta tecnologia, para atender entre 2 a 3% da população (entre 3 a 4,5 milhões de brasileiros) consome mais de 30% dos recursos públicos do SUS... .

O financiamento desse tipo de atendimento é feito basicamente pelo estado, através do SUS ou através de fundos de previdência das grandes empresas estatais (Caixa Econômica Federal, Petrobrás, entre outras) que são subsidiadas também pelo estado (MENDES, 1994).

Assim, o modelo neoliberal sobrevive com diferentes fontes de financiamento, considerando que o percentual de pessoas que teria renda suficiente para custear o seu próprio atendimento é uma parcela muito pequena da população.

3 SOBRE O ENTENDIMENTO E A FORMA DE ADMINISTRAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Há convergências e divergências por parte dos formuladores de políticas de saúde do Município no entendimento e na forma de administrar os serviços de saúde:

O governo federal seria o gerente. Agora o estado apenas faria o direcionamento das coisas ... aí a coisa funcionaria, porque não dependeria de políticos... (Grupo I, ent. n.7).

... Descentralizando esse atendimento, fazendo postos de referência, e finalmente desaguando na rede hospitalar ... então nós ainda estamos por formar esta rede, e espero que ela venha a ser formada, porque é alternativa básica para a questão da saúde pública no município (Grupo II, ent. n.14).

Tais depoimentos refletem posições contrárias — centralização X descentralização. Há uma preocupação presente no discurso centralizador de que a estrutura rígida centralizada no governo federal não seria permeável ao clientelismo político, quando, na realidade, a prática tem mostrado o contrário. Basta lembrar a história da previdência social (OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA, 1986) que se configurou como um modelo classificado por Gentile de Mello de “caótico, elitista e corruptor”.

A idéia de que o governo federal seria o “gerente” propõe um funcionamento através de um alto grau de centralização, sustentado na ilusão do planejamento centralizado para uma melhor eficácia e eficiência no controle das ações de saúde. MENDES (1994) argumenta que a opção centralizadora coaduna com a proposta *construtivista* no que diz respeito ao reconhecimento de impossibilidade de regulação, via mecanismos centralizados de controle através da regulação estatal.

A regulação é estabelecida através de regras do mercado, como um meio de reduzir o papel do estado no setor saúde, ao lado de macrossistemas de controle e avaliação, sustentados por estruturas centralizadas no governo federal. As outras instâncias (estadual e municipal) “apenas fariam o direcionamento das coisas”.(Grupo I, ent. n.7).

A discussão sobre “Centralização” requer a definição do papel do Estado nas diversas instâncias federal, estaduais e municipais, relacionado ao nível de poder em cada esfera do governo.

Não cremos ser possível gerenciar de forma centralizada um país de dimensões geográficas tão grandes, de características econômicas, políticas e sociais tão distintas e peculiares como o nosso. A experiência das últimas décadas tem mostrado que mega-estruturas são ineficazes, configurando interesses clientelistas e corporativistas, o que nega a afirmação “não dependeria de políticos”. Afinal, as distorções e vícios inerentes ao fisiologismo político estão presentes tanto no âmbito local, quanto em termos estaduais e federal.

A descentralização passa também pela mudança no atual modelo de assistência médica, o que transcende uma perspectiva meramente formal e burocrática, embutida na fala do Grupo

II, ent. n.14, “então nós ainda estamos por formar a rede,... porque é alternativa básica para a questão da saúde pública no município”.

A Lei Orgânica da Saúde (8 080), assegura a existência de um comando único a cada nível do governo e atribui ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial.

Porém, o cumprimento dessa lei “exigiria um revolucionário movimento de descentralização” (CAMPOS, 1992), uma vez que as estruturas organizacionais de todos os níveis do sistema — federal, estadual e municipal — pautam-se historicamente na multiplicidade de órgãos e entidades funcionando de modo não articulado e com superposição de ações, o que exigiria uma reforma radical da estrutura então vigente.

A descentralização pode ser entendida como uma estratégia para a redução do gasto público nos setores sociais, estando associada à privatização dos serviços sociais, seja através da cobrança de taxas para utilização dos serviços (no caso as cooperativas e os seguros saúde), seja através da transferência de responsabilidade. Argumenta-se ainda, conforme DRAIBE (1993), que a descentralização aumenta a possibilidade de complementação, no âmbito local, entre os recursos públicos estatais e os recursos privados, para o financiamento de programas sociais. Ampliando mais facilmente a produção e a operação dos serviços nas esferas municipais.

Uma questão, que gostaríamos de levantar, é a articulação entre os diferentes níveis de poder que de alguma forma interfere na descentralização, seja no estabelecimento de integração através dos poderes constituídos (executivo, legislativo e judiciário), ou seja, nos microespaços institucionais na esfera local, entre municípios, entre instituições e entre o movimento social organizado e os formuladores de políticas.

O poder estabelecido também pelo ideário político-partidário, que muitas vezes se sobrepõe aos interesses coletivos e sociais, em nome dos “cargos de confiança”, desconhece a importância estratégica de uma melhor articulação, no sentido de viabilizar ações de saúde que alcancem um novo equilíbrio no plano estrutural dessas instituições.

Acreditamos que não exista interesse em mudar o atual quadro de saúde do Município, mesmo adotando um discurso que aponta a desarticulação. A não ser que surjam sujeitos coletivos que defendam “interesses específicos, particulares, superiores aos interesses puramente singulares” (COUTINHO, 1989). Ou seja, estamos nos referindo aos “interesses específicos e particulares” da proposta da municipalização que não podem ser dissociados da organização política e social, para permitir a formação de hegemonias sustentadoras da proposta.

Sem dúvida, as relações sociais que se estabeleceram durante anos, com o autoritarismo da sociedade brasileira, não têm favorecido uma melhor articulação entre as várias corporações profissionais. A não ser quando se trata de questões salariais, ou perda de poder por determinados segmentos, para que haja uma mobilização mais significativa dos seus pares. E, sobretudo, em decorrência da falta de tradição associativa, pois a repressão destruiu continuamente grupos, associações, movimentos de bairros, justificando com isso o sentimento do entrevistado n.20, do Grupo III “...eu me sinto como se tivesse sido eleito e jogado lá...daí em diante eu me vire”.

Ao pensar no sistema de saúde brasileiro, em especial, em Feira de Santana, tem-se garantido constitucionalmente — *saúde como direito do cidadão e dever do estado* e participação social. No entanto, as relativas mudanças que vêm acontecendo *ficam na dependência política de alguns governantes e na concepção de uma atuação governamental em torno da realização de uma cidadania mínima, garantida pelo fazer de um estado mínimo*.

Desse modo, as articulações, no sentido de parceria entre os níveis federal, estaduais e municipais só acontecem em momentos de “crise”, de calamidade pública, como é o caso da epidemia de cólera e de interesses político-partidários, mantendo-se os privilégios burocrático-administrativos de suas esferas de governo, sem ousar a construção de novas formas de articulação.

Uns dos maiores obstáculos às políticas sociais do projeto de estado democrático, esboçado a partir de 1983 com as Ações Integradas de Saúde, têm sido a estrutura e o funcionamento do aparelho institucional do estado. A articulação dos

interesses *privados*, particulares e institucionalizados, com seus “micro-poderes”, sobrepõe-se aos interesses sociais e àqueles referentes aos direitos da cidadania, gerando uma máquina administrativa com baixo compromisso com o serviço público. A identidade com as classes e os grupos subordinados da estrutura de classes da sociedade brasileira acontece somente em momentos de epidemias, ou quando há interesses particulares para “mostrar serviço”, através da divulgação de estatísticas, como é o caso das campanhas de vacinação. O interesse é na preservação do poder, “na medida em que o poder é concebido como violência legalizada” (MACHADO, 1986).

Há, também, ao lado dos interesses particulares e materiais, a concepção de uma prática política centrada na ineficácia da máquina pública, em que cada dirigente administra seu “pedaço” de uma forma centralizada e burocrática para não dividir o seu “poder institucionalizado”.

Os depoimentos dos entrevistados demonstram a preocupação de que a organização dos serviços de saúde deve dar conta das relações entre os diferentes tipos de “articuladores políticos”, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), e de que tenha como perspectiva a democratização desse poder, como base fundamental para a articulação.

Reconhece a representação de instituições privadas em que há um “resquício de período ditatorial”. Daí a importância de entender o “poder institucionalizado” como relações sociais que se disseminam por toda a estrutura social, havendo resistências dentro da própria rede de poder com uma multiplicidade de relações de forças em disputa, a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação. É na luta que os sujeitos sociais se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas, como sujeitos políticos (MERHY, 1992).

Evidentemente que a luta pela preservação do “poder institucionalizado”, através de práticas políticas formadoras e reprodutoras de ideologia, de corte liberal conservador e de práticas envolvidas com esquemas do fisiologismo e do clientelismo, é muito forte e não vai desaparecer rapidamente da vida nacional. Daí a importância dos movimentos reivindicatórios e o desenvolvimento de mecanismos permanentes de participa-

ção democrática sob forma de órgãos colegiados de decisão, paritários e deliberativos, entre estado e sociedade civil. Como também, da participação política mais democrática, através da escolha de governantes que estejam comprometidos com a *cidadania universal* e políticas sociais justas, aliada a um *estado ampliado*, em que os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços possam assumir um peso, cada vez maior, na relação entre dominantes e dominados e lutar por interesses coletivos e sociais.

Nesse sentido, COUTINHO (1989), inspirado nas idéias gramscianas, adverte-nos que, quando a sociedade civil cresce, com as suas várias lutas e disputas, o consenso passa a ter grande importância na influência de formulação de políticas e nos determinados interesses reivindicados pelos grupos organizados, ganhando legitimidade.

Tais interesses corporificam-se, encontrando, nas representações político-diretivas, alguns dos seus portadores, sendo traduzidos, no dia-a-dia, na interferência político-partidária em âmbito institucional, deslocando-se os movimentos reivindicatórios das classes subalternas, subordinadas a “favores” individuais, para o atendimento diferenciado, criando diferentes “formas” de cidadania.

Essa prática privilegia determinados interesses políticos ideológicos por uma resistência muito forte em dividir responsabilidades na assistência à clientela como um dos mecanismos de manutenção do poder. Não questiona a natureza capitalista do estado moderno e, com esse tipo de prática, atua no sentido da manutenção dos aspectos econômicos, *particulares e privados*, fora do alcance dos aspectos políticos, num sentido mais amplo. Ou seja, há uma preocupação em se manter ou conquistar novas formas de poder, e, nesse “jogo”, todas as classes que não têm poder de barganha são desfavorecidas e não têm a força da influência e do capital.

O setor saúde no Brasil tem se pautado no envolvimento de esquemas políticos eleitoreiros em que muitos profissionais de saúde, especialmente a classe médica, são eleitos para ocupar cargos legislativos na base da compra do voto “sutil” - “...ligaduras de trompas, consulta médica” (Grupo II, ent.

n.14). Será que os desassistidos socialmente têm outra opção, quando se oferecem serviços públicos de baixa qualidade, não impondo nenhum tipo de restrição às diferentes formas de produção de serviços de saúde, públicos ou privados? Com isso o “cidadão” é obrigado muitas vezes a “ser comprado”, pela necessidade de sobrevivência e de manutenção de sua saúde.

No entanto, para mudar esse estado de “coisas”, é necessário uma “revolução cultural”, expressão utilizada por PAIM (1990), no sentido de equacionar, não só a questão do direito e da cidadania em saúde, mas, também, influenciar na mudança de comportamento na administração pública brasileira, com conscientização e capacitação dos dirigentes e trabalhadores de saúde no exercício do comando, tanto aqueles que ocupam cargos nos órgãos executivos (federal, estadual e municipal), quanto os representantes do poder legislativo e os setores da sociedade civil organizada.

No caso de Feira de Santana, as medidas assistenciais e a extensão da cidadania plena ficam também a depender da articulação das instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) na transferência de recursos financeiros, do caráter contratual que envolve essas verbas, da “vontade política” de seus interlocutores e da falta de mobilização e controle da sociedade civil organizada sobre o orçamento do Município.

A esse tipo de relação parece que está submetida a maioria dos governos municipais do país, situação agravada nos municípios de oposição ao governo estadual, como é o caso de Feira de Santana que, durante os últimos dez anos, permaneceu opositor em termos político-partidários ao governo do estado, com exceção do período entre 1989-1990, que tinha um prefeito da mesma corrente política do governador do estado, representado pelo partido político — Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

A Constituição elaborada em 1988 (BRASIL, 1989), não apresentou alterações, quanto à competência das três instâncias governamentais no tocante à distribuição dos recursos orçamentários e ao direito sobre esse orçamento. Cabe ao governo federal decidir e legislar sobre a matéria, estabelecen-

do a normatização no âmbito mais geral e, aos governos estaduais, legislar de forma suplementar.

Por outro lado, os credenciamentos com a rede privada podem ser priorizados, acima dos interesses públicos e sociais, quando estão em jogo na arena decisória as disputas políticas, no sentido mais restrito, o enfrentamento através de práticas clientelísticas.

A demonstração desse enfrentamento pode ser entendida com as observações que se seguem:

...infelizmente por uma questão político partidária, o Hospital da Mulher (hospital público municipal) está funcionando com somente 30% de sua capacidade com convênio com o SUS, depois de muitas dificuldades para conseguir esse convênio (Grupo I, ent. n.10).

O que gostaríamos de estar levantando é que devemos ter clareza de que o processo de descentralização não é uniforme em todo o país. Em muitos municípios, como Feira de Santana, não houve nem desconcentração de recursos para o nível municipal. Os credenciamentos das instituições com o SUS passam pelo crivo do governo estadual de uma forma bastante centralizadora e clientelística. Nem sequer a rede básica de saúde do Município foi unificada.

É importante observar que “a crise”, dos repasses de verbas com as instituições conveniadas com o SUS, através dos seus atrasos constantes está aliada à “crise econômica” por que vem passando o país durante os anos 80 e 90, com políticas de estabilização ortodoxas e heterodoxas, em condições autoritárias e democráticas e, mais recentemente, as reformas liberalizantes (FIORI, 1993).

A construção desse tipo de política envolve lógicas autônomas e “interconectadas” entre o micro e o macroespaço econômico na transformação das instituições políticas, gerando desequilíbrios, principalmente no espaço macroeconômico, expressos no avanço inflacionário e na impotência da política econômica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na situação concreta de Feira de Santana, as prioridades do setor saúde parecem obedecer a razões econômicas e à interação de elementos cujos interesses estão relacionados às forças que se estabelecem entre os distintos grupos sociais (partidos políticos que estão na arena decisória, corporações profissionais e empresários da saúde). Como também, a produção dos serviços de saúde está ligada à historicidade de inserção das diversas esferas governamentais nos diferentes grupos que integram a sociedade.

Infelizmente, os formuladores de políticas de saúde do Município não conseguiram expressar com “força e vontade” suficientes uma necessidade de viabilizar mudanças concretas nos serviços de saúde. Ainda não existe um “bloco de forças sociais” que sustentem as suas posições de forma coerente e articulada, mesmo considerando os conflitos inerentes ao processo de organização nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M.M.A. *A Municipalização da saúde em Feira de Santana: intenção ou realidade?*, Ribeirão Preto, 1994, 210p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- BRASIL. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Previdência e Assistência Social. 1982.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil -1988*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 1989.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma. repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC. 1992.
- CARVALHO, G.I., SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8 080/90 e Lei 8 142/90)*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC. 1995.
- COUTINHO, C.N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: FLEURY, S.M. (Org). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*, São Paulo: Cortez. 1989, p.47-60.

- DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o Neoliberalismo. *Revista da Universidade de São Paulo (USP). Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo*. n.17, p.86-101. 1993.
- FEIRA DE SANTANA (SEGUNDA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE). Seção de Recursos Humanos. *Projeto de Implantação dos Distritos Sanitários*. /mimeografado/. 1989. Doc.3.
- FEIRA DE SANTANA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA. Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde. Feira de Santana*. /mimeografado/. 1992. Doc.4.
- FIORI, J.L. Ajuste, transição e governabilidade: O enigma brasileiro. In: TAVARES, M. da C., FIORI, J.L. *(Des)ajuste global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993, p.127-193.
- FLEURY, S.M. Estado Latino-Americano e Políticas Sociais: Limitações e tendências na conformação da cidadania e do Estado. *Planejamento e Políticas Públicas*. n.8, p.177-194. 1992.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Tradução por Carlos Nelson Coutinho. 9.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1991.
- MACHADO, R. Introdução-por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal. 1986.
- MENDES, E.V. (Org). *Distrito sanitário. o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). 1994.
- MERHY, E.E. *A Saúde pública como política. Um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- MERHY, E.E. Planejamento ascendente: Será que os municípios tem algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? *Saúde em Debate*. n.39, p.42-47. 1993.
- MINAYO, M.C. de. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). 1993.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1984.
- OLIVEIRA, J.A. de A., FLEURY TEIXEIRA, S.M. *(Im)Previdência Social*. São Paulo: Vozes. 1986.
- PAIM, J.S. Obstáculos não superados na implementação do SUDS-

- Ba. *Saúde em Debate*. n.28, p.16-21. 1990.
- SALVADOR (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA). Divisão de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). *Projeto das Ações Integradas de Saúde para o Município de Feira de Santana*. /mimeografado/. 1985. Doc.1.
- SALVADOR. SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA. Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde da Bahia SESAB. *Plano Estadual de Saúde 1988-1991*. 1988. Doc.2.