

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**A REFORMA SANITÁRIA NO MARANHÃO:  
mudança e conservação no processo de organização  
e de gerenciamento dos serviços de saúde.**

**Salviana de Maria Pastor Santos Sousa**

São Luís

Sousa, Salviana de Maria Pastor Santos

A reforma sanitária no Maranhão: mudança e conservação no processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde/Salviana de M<sup>a</sup>. P. Santos Sousa – São Luís, 1996.

195 p.

1. Reforma Sanitária - Maranhão 2. Serviços de Saúde – Gerenciamento – Maranhão I título

CDD 614.812.1  
CDU 614 (812.1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**A REFORMA SANITÁRIA NO MARANHÃO:  
mudança e conservação no processo de organização  
e de gerenciamento dos serviços de saúde.**

**Salviana de Maria Pastor Santos Sousa**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Ozanira da Silva e Silva**

## AGRADECIMENTOS

Um trabalho acadêmico, é sempre, o resultado de múltiplas contribuições de agências e pessoas que, dia após dia, com seu esforço particular, vão permitindo a edificação do conjunto. Por essa razão, neste momento, quero expressar minha gratidão a todos os que me ajudaram nessa caminhada.

Em nível institucional agradeço à FAPEMA, pela concessão da bolsa de mestrado; à Secretaria de Estado da Saúde e à Associação de Saúde da Periferia, pela oportunidade de convivência com seus representantes e seus arquivos, no processo de coleta.

Este trabalho nem ao menos se iniciaria se não contasse com a crítica, dos textos originais feita pelas amigas do Departamento de Serviço Social da UFMA: prof<sup>as</sup>. Irlene Menezes Graça, Évila Brito Ribeiro, Raimunda Nonata Santana, Raimunda Barbosa Costa S. Pereira, Maria Virginia Guilhon, Maria Ozanira da Silva e Silva e Maria Etelvina de Oliveira Santos; e pelos amigos do Departamento de Economia, Profs. Flávio Bezerra de Farias, Alberto Arcangeli e Moacir Feitosa. A todos sou grata.

Na fase definitiva do trabalho o meu agradecimento se destina à minha orientadora, prof<sup>a</sup>. Maria Ozanira da Silva e Silva, pela atenção e pela disponibilidade permanentes nas avaliações dos textos produzidos; ao prof. Geraldo di Giovanni, pelas sugestões feitas com relação ao conteúdo a ser desenvolvido; ao prof. Raimundo Antonio da Silva, pelo apoio institucional e pela valiosa contribuição nos debates sobre os dados da

realidade; ao prof. Antonio Augusto Moura da Silva, pela minuciosa análise e pelas soluções apontadas por ocasião do Exame de Qualificação; e a todos os entrevistados, pela ajuda na reconstituição do objeto de estudo.

O incentivo da coordenação do mestrado em Políticas Públicas, inicialmente através da prof<sup>a</sup>. Maria Ozanira da Silva e Silva e, depois, das prof<sup>as</sup>. Maristela Andrade e Tereza São Tiago foi inestimável. Da mesma forma foi fundamental o apoio prestado por Rosângela, Lúcia, Silvana e Inês. Sou muito grata a todas.

Agradeço, ainda, a paciência, o empenho e a competência profissional da Prof<sup>a</sup>. Aldinar Bottentuil que fez o trabalho de normalização, da Prof<sup>a</sup>. Maria Etelvina de Oliveira Santos que revisou o texto final, do Prof. Periandro Gama Neto que traduziu o resumo para a língua francesa, além de Rita de Cássia, Rosângela e Afonso Guilhaon que fizeram, em diferentes momentos, o trabalho de digitação.

Finalmente, manifesto o meu agradecimento a todos os companheiros do mestrado, pela convivência nestes 30 meses de batalha e, à Marisa, em especial, pelos agradáveis debates acadêmicos desenvolvidos em sua casa. Sem dúvida, porém, sem os ouvidos atentos e os ombros amigos de Virginia, Valéria e Eunice seria impossível levar a termo essa caminhada.

## RESUMO

Estudo das formas de organização e de gerenciamento dos serviços públicos de saúde, desenvolvidos no Maranhão, a partir da década de 30, com destaque para o momento atual em que se configura a operacionalização da Reforma Sanitária. Entende-se esse processo, tanto como um produto de conflitos e consensos entre setores sociais diversificados, quanto como uma referência balizadora dos encaminhamentos dos gestores institucionais e da luta do movimento social organizado. Toma-se como suporte analítico os modelos de saúde sanitaria e assistencial-curativo, contextualizados no Maranhão, no período de 1930 a 1975, os quais são revisitados com base na experiência dos diferentes governos locais. Situam-se como sujeitos essenciais, no processo que faz eclodir a Reforma Sanitária, o movimento social e burocracia sanitária que, nesse primeiro momento, constituem uma força social capaz de se sobrepor à ação do mercado. Identifica-se um refluxo nessa ação quando se inicia a operacionalização da Reforma, em razão da conjuntura nacional que favorece a centralidade do mercado e das divergências locais entre esses sujeitos, as quais se desvelam na prática institucional. Analisa-se a ação reformadora do SUDS/SUS com base na prática dos funcionários da SES-MA, que se singulariza por fazer a articulação entre os elementos representativos das mudanças, e aqueles que desvelam a tendência à continuidade.

## RÉSUMÉ

Étude des formes d'organisation et de gestion des services publics de santé, développés au Maranhão, à partir de la décennie de 30. On met, cependant, l'accent sur le moment actuel où l'on opère une Réforme Sanitaire. On comprend ce processus comme un produit de conflits et d'accords entre des secteurs sociaux divers, aussi bien que comme une référence qui dirige les actions des gestionnaires institutionnels ainsi que la lutte du mouvement sociale organisé. On prend comme appui analytique les modèles de santé appelés "Sanitarista" et "Assistencial-Curativo", existants, au Maranhão, à la période de 1930 à 1975, lesquels sont à nouveau visités selon l'expérience de différents gouvernements locaux. Les principaux sujets, dans le processus qui fait éclore la Réforme Sanitaire, sont le mouvement social et la bureaucratie sanitaire qui, dans ce premier moment, constituent une force sociale capable de surpasser l'action du marché l'on commence l'opération de la Réforme, à cause de la conjoncture nationale qui favorise le centralisme du marché et des divergences locales entre ces sujets, lesquels s'appliquent dans la pratique institutionnelle. On analyse l'action de réforme du SUDS/SUS acé sur la pratique des fonctionnaires de la SES-MA, qui devient singulière grâce à l'articulation qu'elle fait entre les éléments représentatifs des changements, et ceux qui s'appliquent dans une tendance qui favorise la continuité.

## **LISTA DE SIGLAS**

**AIHs**

Autorização de Internação Hospitalar

<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>ASP</b>	Associação de Saúde da Periferia
<b>CAEMA</b>	Companhia de Água e Esgotos do Maranhão
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CEB</b>	Comunidade Eclesial de Base
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CES</b>	Conselho Estadual de Saúde
<b>CGT</b>	Central Geral dos Trabalhadores
<b>CIPLAN</b>	Comissão Institucional de Planejamento e Coordenação
<b>CIS</b>	Comissão Institucional e Social
<b>CLIS</b>	Comissão Interinstitucional Local de Saúde
<b>CNRS</b>	Conselho Nacional de Reforma Sanitária
<b>COMARCO</b>	Companhia Maranhense de Colonização
<b>CPI</b>	Comissão Parlamentar de Inquérito
<b>CRIS</b>	Comissão Interinstitucional Regional de Saúde
<b>CUT</b>	Central Única dos Trabalhadores
<b>DAI</b>	Direção De Assessoramento Intermediário
<b>DANS</b>	Direção de Assessoramento de Nível. Superior
<b>DAS</b>	Direção de Assessoramento Superior
<b>DASP</b>	Departamento de Administração do Serviço Público
<b>DIRES</b>	Diretorias Regionais de Saúde
<b>FAEMA</b>	Federação de Agricultura do Estado do Maranhão
<b>FASE</b>	Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional

<b>FGs</b>	Funções Gratificadas
<b>FNS</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>HMA</b>	Hospitais Maranhenses Associados
<b>IAPs</b>	Instituto de Aposentadorias e Pensões
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisas Aplicadas
<b>IPEM</b>	Instituto de Previdência do Estado do Maranhão
<b>LOS</b>	Leis Orgânicas de Saúde
<b>MOPS</b>	Movimento Popular de Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações Não Governamentais
<b>P.P.A.</b>	Plano de Pronto Ação
<b>PCB</b>	Partido Comunista Brasileiro
<b>PCdoB</b>	Partido Comunista Do Brasil
<b>PDT</b>	Partido Democrático Trabalhista
<b>PLANASA</b>	Plano Nacional de Saneamento
<b>PND</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento
<b>PSB</b>	Partido Socialista Brasileiro
<b>PSD</b>	Partido Social Democrático
<b>PSDB</b>	Partido da Social Democracia Brasileira
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>SAGRIMA</b>	Secretaria de Estado da Agricultura Abastecimento e Irrigação
<b>SEEDUC</b>	Secretaria de Estado da Educação
<b>SEGUP</b>	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde

<b>SHM</b>	Sindicato dos Hospitais do Maranhão
<b>SUDEMA</b>	Superintendência de Desenvolvimento do Maranhão
<b>SUDENE</b>	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UCAs</b>	Unidades de Cobertura Ambulatorial
<b>UDN</b>	União Democrática Nacional
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão

## **1 INTRODUÇÃO**

### **Da Configuração do Objeto de Estudo**

O objeto contemplado no presente estudo abrange as formas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde desenvolvidas no Maranhão, no período compreendido entre 1930 e 1995, com destaque para o contexto compreendido entre 1975 e 1994 no qual se configura o

movimento focalizado em direção à Reforma Sanitária e à efetiva institucionalização da proposta reformadora, através do SUS.

Entendemos que essas formas de organização e de gerenciamento se auto-definem historicamente, a partir de quatro eixos referenciais: os desenhos de políticas propostos em nível nacional; as premissas que fundamentam os objetivos institucionais referentes ao atendimento local da questão saúde/doença; a estrutura organizacional básica do setor saúde; e os sujeitos, meios e procedimentos gestados para dar dinamismo às propostas.

O processo de operacionalização das políticas públicas na área da saúde, que inclui a formulação de propostas e a distribuição de recursos e serviços, cria um espaço de poder conferido aos funcionários do setor, pela sua capacidade de manejar informações e sumariar assuntos provocadores de efeitos, que podem ultrapassar o campo tido como específico da saúde, na estrutura governamental.

A manutenção desse espaço de poder exige, sobretudo das elites burocráticas, a formação de compromissos específicos com a sociedade, com o mercado e com o próprio corpo de funcionários, os quais variam de intensidade e direção, de acordo com as pressões exercidas, tanto de fora, como de dentro do próprio aparelho de Estado. Nesse sentido, a natureza da burocracia sanitária é movediça, uma vez que, obrigada por essas pressões, seu campo de poder ora se amplia, ora se restringe, ora é mais nítido, ora é mais difuso.

Descortinar a natureza e a dinâmica do objeto de estudo em apreço significa portanto, estabelecer uma inter-relação entre esse campo de poder, mantido pelos funcionários do Estado, através de meios e procedimentos específicos e o todo no processo, que são as formas como se têm organizado, historicamente, os serviços de saúde no Maranhão.

Embora, a partir de 1923, com a lei Elói Chaves e concomitantemente, com a criação das CAPs, comece a se configurar a

proteção social no país (MENDES, 1993, p. 21), sua formalização no Brasil e nos Estados da Federação só se efetiva, realmente a partir de 1930, quando se vai consolidando o capitalismo no país, marcado pela subordinação aos interesses dos países centrais, pelo surto industrial provocado como reflexo da Primeira Guerra Mundial e pela decisiva interferência do Estado na economia.

É nesse período, portanto, que no Maranhão começa a se institucionalizar uma nova estrutura burocrático-administrativa com vistas a operacionalizar as políticas públicas desenvolvidas na área de saúde, cujo escopo geral era “cuidar não só da saúde do cidadão mas também da saúde das cidades” (LUZ, 1982, p. 13), tendo como referência as normas e regulamentos desenhados pelo poder central.

As novas exigências sociais, postas pela emergência da questão social no país, encaminharam para a formalização, em décadas posteriores, de um aparato institucional para atendimento individual e curativo dos cidadãos. No Maranhão, porém, até em razão das grandes epidemias que assolaram o Estado no início do século, o eixo de higienização da sociedade<sup>1</sup> ainda era bastante acentuado nas formas de organização dos serviços, mesmo após a década de 30.

A partir de meados da década de 60, a nova configuração sócio-política do país determina, também, uma nova direção para as políticas de saúde desenvolvidas: o hospital passa a ser o espaço privilegiado da prática médica; as propostas sanitaristas e preventivistas são mantidas sob controle, as alternativas, advindas de grupos organizados da sociedade, são marginalizadas; passa-se a dar ênfase ao planejamento e à parceria do Estado com a iniciativa privada; e os recursos são centralizados em organismos federais.

---

<sup>1</sup> Para LUZ (1982, p. 19) as propostas higienistas no país assumem, a nível da retórica, tons ora assistencialistas, ora sanitaristas, envolvendo a sociedade na sua estrutura física, ora médicas ou morais com a prescrição de regras de bem-viver e formas de controle sobre a conduta pessoal e social. (grifos nossos)

Esse padrão de construção das políticas de saúde e o formato das instituições que as operacionalizam, desde então, foram gestando respostas que se revelaram incapazes de solucionar os problemas que se avolumavam na área. Em razão disso, passaram a ser, não só questionados os seus princípios e as suas formas de gerenciamento, como modeladas propostas alternativas de soluções.

O enfoque principal dessas propostas era a destinação dos recursos coletivos ao setor público, de modo que a estrutura montada permitisse a ampliação dos serviços, para atender tanto à variedade dos problemas, quanto à quantidade dos demandantes que iam, historicamente, surgindo.

Em consonância com esses princípios, eram, também, formulados modelos de gerenciamento do setor saúde, contemplando a descentralização dos recursos e do poder com a abertura de canais de participação social, capazes de permitir, aos usuários, o exercício do papel ativo de sujeitos na resolução da questão saúde/doença e o rompimento da dicotomia curativo/preventivo, presente nas formas de atendimento, até então, legalmente reconhecidas.

Tais propostas foram sistematizadas, no decorrer da década de 70, sendo incorporadas à agenda estatal e retratadas a nível constitucional, no final da década de 80, com a chamada Reforma Sanitária, expressa no SUS, através das LOS, em 1990.

Entendemos que a Reforma Sanitária, desenhada em normas e regulamentos, enquanto proposta geral de mudança no contexto do setor saúde, é fruto de um processo dinâmico de conflitos e negociações entre forças sociais, presentes em diferentes conjunturas, expressando consensos públicos amplos que se pretendem representativos dos chamados “interesses gerais”.

São tidos, aqui, como “gerais” ou “públicos” esses interesses sociais contemplados, não porque sejam a soma da vontade de indivíduos,

grupos ou classes, mas porque representam o resultado da correlação de forças sociais em presença.

Como formas de representação dos interesses coletivos, as políticas públicas, assim constituídas, embora contemplem postulantes diversificados, em sua essência, incorporam elementos mais significativos das propostas elaboradas por segmentos com maior poder de vocalização e convencimento. Estes são capazes de agregar, em torno de si, diferentes participantes: trabalhadores organizados, cidadãos comuns não-organizados, lideranças de grupos de interesses, legisladores, representantes do poder judiciário, militantes de partidos políticos, lideranças empresariais, elites burocráticas, entre outros.

No seu processo de constituição, as políticas formuladas podem surgir distanciadas, justamente dos interesses de grupos mais necessitados de atenção porque são os que têm menos acesso aos meios sociais capazes de ampliar a voz. Já na sua operacionalização, tais políticas podem dar respostas mais ou menos próximas do seu próprio desenho original, dependendo da capacidade político-administrativa dos gerentes do setor, da quantidade e qualidade dos recursos disponíveis e do controle que a sociedade exerce sobre as decisões governamentais. Tal controle, por sua vez, é determinado pelo grau de liberdade que usufruem os diferentes sujeitos sociais em movimento e pela diversidade de canais de acesso de que dispõem, no exercício dessa liberdade.

No caso da Reforma Sanitária, o modelo de administração proposto supõe uma aproximação com as demandas socialmente formuladas. Isto porque é postulada a criação de instrumentos de controle sobre a ação do funcionário, de descentralização do poder e de participação social, através dos quais seriam reduzidas, e, progressivamente eliminadas, as patologias históricas, presentes nos modelos anteriores, como o clientelismo, o corporativismo e as relações entre Estado e mercado, com privilégio deste último.

A operacionalização da Reforma, todavia, vem revelando dificuldades e gerando críticas. Estas se direcionam, sobretudo, à incapacidade de atendimento universal e equânime preconizado e à permanência das fórmulas burocrático-institucionais, com suas patologias históricas, o que reforça a tese principal deste trabalho de que o projeto assistencial-curativo, do modelo anterior de organização dos serviços, suplanta, na prática das instituições de saúde no Maranhão, a proposta reformadora do SUS.

As críticas, formuladas pelos segmentos sociais, de diferentes matizes ideológicas, não se voltam, porém, para o Estado no abstrato, mas, sobretudo, aos setores que são responsáveis diretos pelo gerenciamento da proposta reformadora – os funcionários da burocracia sanitária, principalmente os mais diretamente responsáveis pelas decisões de nível macro, no setor.

Convivendo em espaços burocrático-institucionais, onde diferentes projetos ídeo-políticos, expressos em percepções divergentes sobre problemas técnico-operacionais, são debatidos, os funcionários da burocracia do setor saúde terminam se auto-definindo, ao sistematizar seus compromissos com o próprio corpo de funcionários do Estado, com os setores do mercado e com o restante da sociedade, tornando-se um elemento essencial para efeito da dinâmica do objeto de estudo aqui considerado.

### **Da proposta metodológica da investigação**

O estudo aqui desenvolvido tem um caráter eminentemente exploratório, mediante o qual mapeamos as formas históricas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde no Maranhão, utilizando fontes primárias e secundárias.

Tal estudo comporta dois movimentos concomitantes: uma análise do contexto sócio-político nacional e local e uma análise empírica

das formas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde, no espaço geográfico-social do Maranhão.

No desenvolvimento do estudo buscamos identificar não só o padrão histórico que orienta a organização e os serviços de saúde, no Maranhão, como também a dinâmica do movimento de mudança/permanência presente na operacionalização da Reforma Sanitária. Articulamos, assim, as formas de gerenciamento, que singularizam o Maranhão, com as políticas públicas propostas na área. Situamos, como sujeitos fundamentais nesse processo, os funcionários do Estado (os burocratas) localizados na SES-MA, pela responsabilidade direta que lhes cabe na administração do campo público da saúde.

Partimos da premissa reconhecida, a nível geral, de que a doença é socialmente determinada e, portanto, não pode ser entendida e nem tratada numa perspectiva unicausal. Da mesma forma, as políticas públicas são compreendidas como o fruto de uma dinâmica de conflitos e negociações, expressando consensos públicos amplos, os quais são na prática, compatibilizados com o que WEBER (apud DREIFUSS, 1993, p. 88) chama “razão de Estado” ou o esforço organizado para preservar as relações de dominação vigentes.

Destacamos, para efeito do presente estudo alguns conceitos básicos que, considerados de forma articulada, permitem compreender a natureza e a dinâmica das formas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde no Maranhão. Estas são situadas a partir de uma premissa estrutural básica: as instituições, criadas no campo reconhecido da saúde, têm como escopo responder socialmente à questão saúde/doença, num espaço geográfico-social determinado. Para isso devem contar com uma estrutura organizacional na qual, sujeitos, os servidores públicos e o pessoal do Estado, se servem de meios materiais e de procedimentos reconstruídos em processo, de modo a dinamizar o setor.

Conceitos básicos utilizados na análise

A análise desenvolvida neste trabalho, situa a política de saúde no contexto da esfera pública, portanto como resultado de conflitos e consensos publicamente gerenciados, por diferentes sujeitos sociais, entre os quais se destaca a burocracia sanitária. Em face dessa constatação emprestada ao estudo, procuramos desenvolvê-lo articulando conceitualmente, o papel específico das instituições particulares aos impactos gerados pela política, na sociedade maranhense.

, “praticamente ao aumento da intervenção estatal na regulação coativa do comportamento dos indivíduos e grupos infra-estatais”. Haveria, portanto No seu sentido clássico-histórico, a esfera pública é traduzida como espaço mínimo indispensável ao convívio e colaboração humana. PALHANO (1988), chama a atenção para o fato de que um dos traços característicos da contemporaneidade é a mudança dessa noção de esfera pública, a qual se transforma em sinônimo de estatal e de poder público, por conta das mediações que o Estado passa a fazer para equilibrar forças *despolitizada*. (HABERMAS, 1981)

O primado do público passa a ser relacionado, portanto, uma sobreposição da ordem dirigida em relação à ordem espontânea, com o Estado “se reapropriando do espaço conquistado pela sociedade civil”, sendo que, em alguns casos, pode até absorvê-lo completamente “como na experiência extrema do Estado total” (BOBBIO, 1992, p.25).

BOBBIO (1992) afirma que o conjunto das transformações, por que passam as sociedades industriais, tem dado, às instâncias pública e privada, uma nova conformação. Assim, de um lado se tem verificado uma intervenção do poder público na regulação dos processos econômico-sociais, configurando o processo de *publicização do espaço privado*. De outro lado, acontece o processo inverso, de *privatização de espaço público*, na medida em que as relações contratuais, próprias do mundo privado, reemergem ao nível das relações políticas relevantes e o mercado invade o Estado, servindo-se do aparato estatal, para a consecução dos objetivos

privados. Em razão disso, também os interesses representados, no campo político, deixam de ser dos indivíduos particulares e passam a ser o das corporações.

Nesse sentido, a singularidade da esfera pública é a sua capacidade de absorver o conjunto dos problemas gerados na sociedade. Ela se constitui, pois, no espaço onde se disputam recursos e atenção dos tomadores de decisões, confrontando-se projetos, que são tematizados, enquanto elementos constituintes da categoria “*opinião pública*”. Dessa forma, a opinião pública, mesmo não sendo a soma dos interesses gerais, representa uma certa síntese de consensos públicos amplos.

A representação do “consenso público” é feita a partir de um processo que comporta três movimentos: discussão da questão-problema em foros específicos (grupos, partidos, associações etc.); sensibilização da opinião pública, pela própria natureza da questão, pela capacidade de convencimento dos agentes sociais e pela força da mídia; e alcance da “agenda pública”. (COSTA, 1994)

Situam-se, nessa perspectiva, as políticas públicas de corte social e denominadas de políticas sociais. Elas resultam de um consenso público pela garantia de direitos reconhecidos, modernamente, como de cidadania<sup>2</sup>. Elas podem se expressar, tanto através da regulação das relações sociais, quanto de medidas particulares voltadas para a manutenção e reprodução de parcelas da sociedade.

Ao mesmo tempo essas políticas, que têm como base material de sustentação o fundo público, constituído a partir da contribuição dos agentes econômicos, criam expectativas permanentes que redirecionam o foco do conflito capital/trabalho para um patamar político, favorecendo a previsibilidade do processo de produção.

---

<sup>2</sup> MARSHALL (1967) desenvolve o conceito de cidadania articulando direitos civis, políticos e sociais que teriam sido conquistados nos últimos três séculos pelos trabalhadores.

Na constituição dos processos públicos, HABERMAS (apud COSTA, 1994) distingue como sujeitos destacados pela sua atuação : os que conduzem, do mundo da vida, os fluxos comunicativos e, como tais, são, realmente, representativos do consenso público, e os que usam a esfera pública para influenciar o sistema político, valendo-se de recursos naturais e poder organizacional.

É a maior vitalidade das estruturas sociais, em situações concretas, que vai permitir o desvelamento da natureza da ação desses sujeitos, provocando o descrédito daqueles cujo raio de ação está restrito ao atendimento de interesse particulares.

Os detentores dos cargos públicos, por sua vez, dependem, para se manter no poder, do processo de acumulação. Todavia pelo fato de terem um mandato conferido democraticamente, num Estado, concebido como representação do interesse geral, são obrigados a esconder, em sua ação, a própria natureza do Estado, através de regras que, muitas vezes, não acompanham a dinâmica do real. A burocracia, nesse sentido, se constitui como uma instituição, no interior do Estado, que possibilita a conciliação das funções de acumulação e legitimação, face ao que sua estrutura precisa estar em harmonia com o seu meio social e econômico.

Para DREIFUSS (1993) WEBER situa a burocracia no contexto do processo estatuinte do Estado, quando, através de uma “série de expropriações históricas, concomitantes e acumulativas”, estes indivíduos são “separados” dos seus instrumentos de violência normatização e gestão os quais, ao se tornarem “públicos”, têm o seu uso amparado em regras despersonalizadas que orientam a ação de sujeitos específicos, os servidores públicos e os funcionários do Estado.

Cria-se, em razão disso, um campo de dominação no qual fica publicamente reconhecida a autoridade no processo, e os princípios e crenças nos quais ele se assenta. sociais antagônicas.

Nesse sentido, à medida em que é atribuída ao Estado a conotação de instância pública, a ele é repassada a responsabilidade de responder ao interesse coletivo, sendo que seu poder (público) passa a ser confundido com a esfera do *político*, em oposição à sociedade

WEBER (1982, p. 99) destaca três tipos puros de dominações legítimas: **a tradicional, a carismática e a legal.**

A dominação tradicional baseia-se no reconhecimento de um estatuto de sabedoria, válido por tradição e, portanto, eternizado. O ordenador, nesse processo, é o senhor e o quadro administrativo é composto por servidores, dependentes pessoais do senhor ou parentes e amigos, unidos por vínculo de fidelidade. Destacam-se, aqui, duas estruturas específicas: a *puramente patriarcal* - onde há dependência efetiva, pessoal, dos servidores ao mandatário; e a *estamental* - os servidores são independentes da pessoa do mandatário mas são investidos nos seus cargos por privilégio ou concessão.

A dominação carismática é centrada na devoção afetiva ao mandatário, ou na crença dos seus dotes sobrenaturais (“faculdade mágica, revelações ou heroísmo, poder intelectual ou de oratória”). Tal mandatário, aqui, é o líder e os que prestam obediência são apóstolos. É a vocação pessoal, e não a competência, que é o elemento definidor do quadro administrativo.

A dominação legal é fundamentada nos princípios da igualdade jurídica e da defesa contra o arbítrio. Para COHN(1979, p.128), nela “qualquer direito pode ser criado e modificado, mediante um estatuto sancionado corretamente quanto à forma , atendendo a uma lógica racional. As atitudes dos sujeitos, aqui, são, pois, intencionais e organizadas para alcançar um fim determinado.

Três elementos permitem o afloramento da organização burocrática no Estado moderno: - a consolidação de uma economia monetária, permitindo que o pagamento dos serviços seja feito não com

referência à quantidade dos bens produzidos, mas vinculado à função que o indivíduo exerce na sociedade; - a instituição de processos racionais e regulamentados que definem a hierarquia de poder e a legalidade da autoridade constituída, em situações diversas; e a legitimação dos processos de qualificação e seleção de funcionários para o exercício de atividades determinadas, o que confere reconhecimento à competência profissional, em detrimento das razões de ordem pessoal ou afetiva, presentes na dominação carismática e tradicional. (BLAU, 1971)<sup>3</sup>

A racionalidade<sup>4</sup> do poder burocrático, desse modo, implica numa desvinculação conceitual e prática entre os bens particulares, daqueles sujeitos sociais que exercem o domínio, e o patrimônio coletivo, que deve ser publicamente administrado. Em razão disso, a ação burocrática deve ter como substrato não só o princípio do formalismo mas, também, os da impessoalidade e profissionalismo. Ademais, a eficiência e a eficácia, das práticas desenvolvidas, devem ser controladas pelos “*superiores*”, com base nos regulamentos e nos fluxos de informações.

Os elementos, que compõem, portanto, o cariz da ação burocrática, são, essencialmente, diferentes daqueles que são a base da prática dos políticos. Isto porque, enquanto ao funcionário público caberia cumprir as ordens emanadas das escalas hierarquicamente superiores, como se elas coincidissem com suas crenças pessoais, ao líder político seria outorgada a responsabilidade pessoal pelo que executa, uma vez que seu mandato estaria amparado pelas eleições, no jogo democrático.

ROURKE (1982) contribui para essa linha de discussão ao atestar que a fonte do poder da burocracia é a sua capacidade de especialização, que advém de duas fontes primordiais: a) o processo de continuidade, por sua convivência na organização; b) a concentração em problemas

---

<sup>3</sup> A esse respeito ver também, INGRAM (1993), BOBBIO (1992).

<sup>4</sup> Para um estudo mais aprofundado do conceito de racionalidade examinar WEBER (1982, p. 277), OFFE (1984, p. 218) e INGRAM (1993, p. 66).

singulares, o que lhe dá vantagem em relação aos políticos, cuja atenção está atraída por uma variedade de questões.

Essa característica primordial da burocracia, levaria seus membros a exercerem influência sobre a implementação das políticas públicas, através de três caminhos principais: o assessoramento, o poder de implementação e o discernimento no desenvolvimento de suas atividades. A compreensão de que a burocracia possui um potencial que pode torná-la capaz de assumir a própria direção da política, colocaria, sob tensão, as lideranças desse campo, agentes tidos como, legitimamente, capazes de controlar a tirania possível nas estruturas burocráticas.

Da análise weberiana pode-se concluir, ainda que: além do fenômeno referido, a natureza *movediça* (o termo é empregado por OSZLAK, 1979) da burocracia pode fazer com que, freqüentemente, sua prática cotidiana apresente características contrapostas àquelas que lhes são legal e legitimamente creditadas, conformando, algumas vezes, verdadeiras patologias. Tais deformações, examinadas em conjunto, podem favorecer a composição de perfis, tanto das instituições particulares, quanto do Estado, no qual elas estão inseridas.

Dentre as patologias referidas na literatura, tidas como passíveis de inibir o exercício eficiente do trabalho institucional, podem-se destacar: o corporativismo, cuja lógica é autoproteção dos funcionários, em detrimento dos objetivos finalísticos da instituição; a morosidade nas decisões; a ausência de uma política de qualificação, inibindo a formação de quadros competentes e provocando cortes nos fluxos de informações, essenciais ao bom andamento do trabalho;

OSZLAK (1979) considera a burocracia, como um nexo entre a sociedade e o Estado, face ao que sua existência ganha sentido pela oposição entre “interesse geral”, representado pelo Estado e interesses particulares, incrustados no interior da sociedade. Dessa maneira, ela se materializa, institucionalmente, conciliando esses diferentes interesses em

conflito, representando, portanto, valores prevaletentes em determinadas conjunturas.

Como a tematização e o processamento desses interesses em conflito, são condicionados pela capacidade de iniciativa e disponibilidade de recursos nas unidades burocráticas, eles se vão constituindo, segundo OSZLAK, a partir de limites de caráter geral ou normativo (pautas, objetivos, metas, prioridades e sanções); de caráter estrutural ou específicos das instituições particulares (escalonamentos, hierarquias, sistemas de informações, controle); e de caráter comportamental que estão referidas aos conflitos interpessoais dos agentes institucionais. Nesse sentido, a burocracia age, tendo como instrumental de referência a consecução do “interesse geral”, que se “traduz em normas, que o explicitam, em estruturas, que o viabilizam e em comportamentos, que o concretizam”(OSZLAK, 1979, p.227).

Num esforço de configurar melhor as categorias, que podem constituir-se no quadro de funcionários do Estado no Brasil, Schneider (apud GOUVÊA, 1994) organiza uma tipologia formada por militares, políticos, técnico-políticos e técnicos, que tomaremos como referência neste trabalho.

Os burocratas militares seriam os oficiais a ocupar cargos de direção na administração do Estado, os burocratas políticos se caracterizariam pela pretensão de participação dos processos eleitorais; os técnicos-políticos seriam os burocratas selecionados por seu reconhecido conhecimento, adquirido em grandes universidades e com facilidade de articulação entre as agências governantes. Teriam, portanto, uma visão ampliada dos processos econômicos e políticos do país; e os burocratas técnicos constituiriam a maioria nas instituições, sendo selecionados por concurso, atingindo posições de confiança e/ou de mando na Instituição, a partir de escolha técnica; teriam circulação reduzida no contexto das agências governamentais; desenvolveriam uma ação marcada pela

racionalidade técnica; seriam avessos ao risco, não gostando de participar de articulação ou coalizão e teriam papel preponderante na formação das agendas e no fornecimento de informações aos decisores.

Nessas categorias, destacam-se as elites burocráticas, isto é, os grupos responsáveis pelo funcionamento interno da Instituição e por sua articulação no contexto da sociedade. Decidem, portanto, quais são os meios e procedimentos mais apropriados para que a Instituição atenda ao seu escopo geral, tendo em vista às exigências de um determinado contexto histórico.

Esses agentes da burocracia são obrigados a se submeter a um processo de aprendizado constante, o que lhes possibilita adquirirem especialização em assuntos específicos. São, ainda, os sujeitos que monopolizam as informações substantivas, essenciais ao funcionamento das instituições particulares e ao seu processo comunicativo, com outras estruturas vitais na sociedade.

Esses dois elementos, conjugados, possibilitam à burocracia adquirir uma certa autonomia, para atender aos interesses gerais, desde que esse movimento não contrarie seus próprios interesses corporativos. Desse fato, OSZLAK (1979) identifica, como primeiro compromisso dessa organização, a satisfação dos interesses particulares de seus membros: reivindica direitos, requisita a ampliação de recursos em benefício próprio, luta pela obtenção de privilégios e pelo apoio às suas iniciativas.

O segundo compromisso da burocracia é o de mediar os interesses dos grupos privados, garantindo a reprodução do modo de produção capitalista e, conseqüentemente, o caráter do Estado a ele correspondente. Constitui, assim, relações de interdependência com esses grupos, uma vez que a sua preservação, enquanto unidade de poder, depende do processo de acumulação.

O terceiro compromisso da burocracia é com a consecução dos interesses infraestruturais, atribuídos ao conjunto da sociedade ou aos segmentos sociais menos privilegiados.

O resultado da ação da burocracia é produto do enfrentamento entre sujeitos sociais diversos, auto-vinculados por complexos padrões de alianças e conflitos, nos diversos campos da luta política.

Por sua vez, a percepção, pelo conjunto da sociedade, de uma burocracia produtiva, está relacionada a um certo consenso público em torno do conteúdo e peso dos diferentes compromissos por ela assumidos.

Analistas como OFFE (1984) e OSZLAK (1979) entendem como parte da racionalidade da burocracia que, em contextos heterogêneos e conflituosos, como os que caracterizam as sociedades capitalistas modernas, sua ação satisfaça os interesses dos setores empresariais, sem o que sua existência, enquanto instituição, estaria falida. Nesse raciocínio, é natural, ainda que se corporifiquem, por necessidade de auto-proteção, movimentos deliberados que visem a privilegiar alguns interesses específicos dos membros da burocracia.

Todavia, partindo de uma esfera pública inclusiva, entendemos que os riscos e benefícios sociais precisam, de alguma forma, ser partilhados por todos os membros da sociedade. Dessa forma, o Estado deve ser instituído para servir “universalmente” a todos os cidadãos, sobretudo aos mais desprotegidos socialmente, face ao que devem ser priorizadas, pelos seus representantes, as ações infraestruturais.

Consideramos que, enquanto organização pública, o Estado e sua burocracia devem estar voltados, prioritariamente, para o atendimento dos interesses coletivos, mesmo que esse movimento represente uma contraposição aos interesses particulares dos seus membros e de grupos empresariais. Embora percebendo, portanto, a importância mediadora da burocracia como necessária, acreditamos que ela deve ser controlada,

tanto de dentro do aparelho de Estado, quanto pelos movimentos sociais que vitalizam a sociedade.

Defendemos, ainda, a perspectiva de que a vitalidade dos movimentos sociais no exercício do controle, pode reduzir os desvios da prática dos funcionários, tanto em relação às normas instituídas, quanto em relação aos valores dominantes, num determinado momento histórico.

Em caso contrário, questões particulares tendem a ser processadas, no próprio interior do Estado, como se fossem representativas do consenso público, mediante acordos obscuros, orientados por critérios não universalistas. As decisões emanadas desses pactos, ao arbítrio de grupos específicos, acabam por *feudalizar* o Estado, infirmando o próprio sentido ontológico e ético de esfera pública.

### O corte temporal

O estudo aqui desenvolvido cobre um período histórico que se estende de 1930 a 1995, embora seu enfoque principal esteja centrado no espaço, 1975-1994, que corresponde ao movimento pela instauração da Reforma Sanitária e à sua efetiva operacionalização através do SUS.

O período compreendido entre 1930 e 1975 é tomado como baliza importante neste estudo porque permite identificar o padrão de organização e gerenciamento dos serviços de saúde no Maranhão, a nível geral.

Particularmente, situamos, nesse período, o governo Paulo Ramos (1936 - 1945) como significativo na construção da estrutura física no campo da saúde; o período vitorinista (1946 - 1964) pelo desvelamento da forma patrimonial de gestão na área; o período sarneísta (1965 - 1969) pela criação de um novo arcabouço burocrático e normativo que deu forma ao projeto assistencial-curativo; e o período pós-Sarney (1970 - 1974) pela consolidação desse projeto, sobretudo no que diz respeito ao efetivo apoio à iniciativa privada.

O ano de 1995, por sua vez, aparece no estudo para referenciar os ajustes locais que vêm sendo feitos à proposta de Reforma Sanitária, face ao que as ações desenvolvidas, no período, não se constituem objeto de análise, mas são indicativas do movimento conflituoso, desenvolvido pelo Estado, pela sociedade e pelo mercado para dar a direção aos serviços desenvolvidos no campo da saúde.

### Movimentos básicos desenvolvidos na investigação

O processo de investigação que nos permitiu configurar o objeto de estudo, se deu em três momentos que, embora tenham ocorrido de forma concomitante, têm a sua especificidade : a) pesquisa bibliográfica sobre as obras de analistas da realidade nacional e local; b) análise da documentação disponível sobre a temática; e c) entrevistas e/ou contatos com representantes da burocracia sanitária e do movimento social na área da saúde. O espaço geográfico-social, de referência considerado, foi a Secretaria de Estado de Saúde, pela sua condição histórica de irradiação das decisões formuladas na área.

Buscamos inicialmente, identificar, na bibliografia disponível, os dados referentes à realidade nacional e local, que permitiu montar um quadro referencial básico, pano de fundo na configuração das formas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde no Maranhão.

Dos documentos analisados nesse processo, destacamos: Planos, Mensagens e Relatórios de Governos; Pautas, Relatórios de Pesquisas e Anais de Encontros e Conferências de Entidades Organizadas; Atas e Anais do Legislativo Estadual; Constituições Federal e Estadual; Leis e Regulamentos gerais do Estado; Leis Específicas da Saúde; Artigos de jornais e revistas, relacionadas à temática.

A busca e a análise de tais documentos revelaram não só a sua dispersão, em diferentes arquivos locais, mas também, a escassez de informações, sobretudo as relacionadas à dinâmica social dos sujeitos, em movimento nas conjunturas que antecederam a Reforma Sanitária. Isso se

deve, em parte, ao fechamento dos canais tradicionais de participação e à divulgação controlada de informações, em se tratando dos períodos autoritários, pós-37 e pós-64, quando a influência de certos grupos, na gestão e direção das políticas públicas, se dava mediante a utilização de canais alternativos, não divulgados nos documentos disponíveis.

Por outro lado, no período 46-64 e, também, em conjunturas posteriores, a carência de dados significativos revela uma tendência local de desprezar, no registro, dados , aparentemente periféricos, mas na verdade essenciais para configurar a dinâmica dos fatos desenrolados, em determinados momentos.

Um outro movimento do processo investigativo foi buscar sujeitos reconhecidos pelo conhecimento, pela experiência e/ou pela facilidade de locomoção no seu meio profissional, enfim, pela legitimidade conferida por suas histórias de vida, que pudessem reafirmar, contestar ou complementar os dados coletados, no desenho inicialmente feito do objeto de estudo. Procuramos dar destaque nesse momento da investigação, à qualidade das informações e não à quantidade dos informantes.

Na seleção dos informantes foram considerados dois requisitos fundamentais: a garantia de resguardar o anonimato daqueles que solicitaram e a distribuição dos entrevistados por segmentos específicos.

Foram definidos, como fundamentais, para o estudo os seguintes grupos:

a) Os funcionários da burocracia da SES-MA, por sua condição de responsáveis pela formulação e gerenciamento das políticas de saúde no Estado. A lógica adotada, que orientou sua organização como informantes, teve como referência a tipologia de Schneider (apud GOUVÊA, 1994): na categoria de político, abordamos o Secretário de Estado da Saúde que, enquanto representante máximo do governo estadual na área, agrega a responsabilidade de articular e divulgar a proposta oficial para a saúde, junto à sociedade, ao mercado e aos outros setores do próprio

Estado; na categoria de técnico-políticos, entrevistamos alguns dirigentes de coordenações e divisões da Secretaria, por seu reconhecido saber e por sua facilidade de locomoção em outras agências sociais; e na categoria de técnicos, contatamos servidores responsáveis pela elaboração e execução de programas específicos, no interior da SES-MA, colaboradores, ainda, na formulação de agendas governamentais.

Esses entrevistados, também, foram agregados, na investigação, pela sua condição, ora de representantes da burocracia junto ao CES-MA, ora por sua articulação com o movimento social organizado na área, ora em razão de serem parte da elite burocrática do setor, ora por militarem em associações profissionais específicas, ora por seu reconhecido interesse pela maior aproximação do Estado com o setor privado.

b) Os representantes do movimento social na área da saúde foram escolhidos em razão da necessidade de coletar informações mais específicas sobre a dinâmica das instituições sociais, cujas propostas se articulavam com as do movimento Sanitário, sistematizador mais abalizado das idéias reformadoras na saúde. Essa participação se deu, ainda com o objetivo de contrapor suas informações àquelas prestadas pela burocracia. Foram escolhidos, aqui, representantes da ASP, instituição não governamental que se tem constituído uma referência nessa área, no Estado do Maranhão. Os representantes dessa organização foram selecionados, também, por sua vinculação no CES-MA, na categoria de usuários.

c) Outros profissionais, responsáveis diretos pela execução dos trabalhos de saúde em hospitais e ambulatórios, foram também contatados, embora informalmente, com o objetivo de confirmar dados essenciais relativos à dinâmica do setor saúde, nesses espaços particulares.

Tanto nos documentos, quanto junto aos colaboradores, a preocupação fundamental, que nos moveu, foi entender se a proposta reformadora expressa no SUS, representa, na prática, uma mudança

substancial no padrão de organização dos serviços e nas formas particulares de gerenciamento do setor, no Maranhão.

Nesse sentido, buscamos apreender a história da construção do campo da saúde (espaço social onde se dão as relações saúde/doença), na qual se destacam, necessariamente, uma gama variada de sujeitos. Em face disso nossas indagações foram direcionadas para os seguintes aspectos:

- procedimentos utilizados pelos burocratas no desenvolvimento da sua prática;
- prioridades na prática institucional;
- interesses atendidos, preferencialmente, no cotidiano;
- compatibilidade das regras de contratação e treinamento, com a nova organização de serviços proposta;
- relação da burocracia com as diretrizes de descentralização e participação social;
- situação do setor privado no contexto das mudanças institucionais;
- padrão histórico de organização e de gerenciamento do setor saúde no Maranhão.

### A Estrutura do Trabalho

Os resultados do presente estudo estão expostos em quatro itens além da introdução.

No segundo item, procuramos resgatar e sistematizar as principais medidas tomadas no sentido de construir uma estrutura protetora no campo da saúde e uma burocracia sanitária correspondente no Estado do Maranhão. Esse período, que antecede à Reforma Sanitária, vai até 1975, quando se manifesta, de forma mais explícita, o movimento nacional que deu origem ao SUS.

Trabalhamos com a perspectiva de que o formato, que essa estrutura e sua burocracia foram adquirindo, através do tempo, é condicionado, de fora, pelas relações que estabelece na sociedade e, de dentro do próprio aparelho de Estado, ao construir formas de se adaptar às demandas postas socialmente.

A compreensão do processo formativo do campo da saúde e, conseqüentemente, da burocracia sanitária no Maranhão está, portanto, vinculado à constituição e ampliação do próprio aparelho de Estado maranhense e às suas peculiaridades, na relação com os sujeitos sociais em movimento na sociedade.

Nesse item, desenvolvemos, portanto, as formas de organização e de gerenciamento do setor saúde, tendo como pano de fundo, a dinâmica do governo de Paulo Ramos, quando é montada a estrutura física e burocrática da saúde no Estado; os governos do chamado período vitorinista, cuja característica principal é de complementação da montagem desse aparato; o período Sarney, cujo destaque no trabalho se dá em função da sua gestão coincidir, a nível nacional, com uma mudança significativa em relação ao padrão anterior, dando-se ênfase a um processo de modernização e a um enfoque centralizador, hospitalocêntrico e privatizante no setor; e o período pós-Sarney, em que se destaca a importância do grupo Sarney na condução dos processos sócio-políticos do Estado e do reforço dos padrões e das práticas adotadas no campo da saúde, respondendo a uma direção nacional.

No terceiro item, discutimos a dinâmica que deu origem à Reforma Sanitária e às mudanças jurídico-institucionais efetivadas no campo da saúde.

Diferentemente das conjunturas examinadas no item 2, o espaço temporal, em que eclode esse movimento, se caracteriza pela riqueza das expressões de diferentes sujeitos sociais que, em movimento, puderam

contribuir para desenhar o arcabouço que caracteriza a Reforma Sanitária, representada, na década de 90, pelo SUS.

Desenvolvemos, neste item, a idéia de que a Reforma Sanitária acabou se expressando constitucionalmente em 1988, no contexto da Seguridade Social (Previdência – Saúde – Assistência), apontando para uma perspectiva social-democrata, numa realidade marcada pelo predomínio do ideário conservador, tendo seu desenho condicionado:

- pela existência de um certo consenso internacional de que a saúde é um direito de cidadania e que, portanto, todos devem ter acesso às condições que a determinam;

- pela presença de condições objetivas, representadas pela necessidade de legitimação sentida pelo governo militar, em crise, no final da década de 70;

- pela força do Movimento Sanitário que aliado a outros movimentos congêneres, após iniciada a abertura das válvulas políticas, explode em denúncias e propostas;

- pela crença na possibilidade do estabelecimento de alianças entre a sociedade e setores da burocracia sanitária, com vistas a iniciar um movimento de cunho reformador, sem perder o horizonte de uma ruptura com o modo de produção vigente no país.

O Maranhão se coloca nesse processo de formulação do desenho da Reforma Sanitária, não criando propostas diferentes, mas articulando-se, embora de forma pouco sistemática, com o movimento nacional e reproduzindo, em consequência, o formato das políticas nacionais no setor saúde.

Nessa parte do trabalho, portanto, identificamos a emergência, no Maranhão, do movimento social na área da saúde que se articulava política e ideologicamente com setores do movimento sanitário. Identificamos ainda, como se deu a participação de seus representantes na Pré-

Conferência Estadual de Saúde, que sistematizou as propostas locais levada à VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram divulgadas e aprovadas as novas propostas de organização do setor saúde.

Ainda no terceiro item, sistematizamos tanto o esforço inicial de organização e gerenciamento do setor saúde, neste Estado, após a Constituição de 1988, que incorpora parte das mudanças preconizadas na VIII Conferência, quanto as primeiras polêmicas levantadas em relação à possibilidade de articulação do movimento social com a burocracia sanitária na operacionalização da Reforma.

No quarto item, examinamos o conteúdo das relações que a burocracia sanitária maranhense estabelece com a sociedade e o mercado, com vistas a tratar a questão saúde/doença, com o desencadear da Reforma Sanitária.

O caminho que escolhemos para avaliar a ação da burocracia sanitária, foi recortá-la no processo, de operacionalização dos princípios da Reforma Sanitária. Dessa forma, tomando como referência a caracterização de OSZLAK (1979), situamos a burocracia sanitária da SES-MA na relação com os seus compromissos **corporativos**, de **mediação** e **infraestruturais**, no contexto do principal polo de referência da saúde no Estado do Maranhão.

## **2 OS ANTECEDENTES DA REFORMA SANITÁRIA: formação e consolidação dos serviços públicos de saúde no Maranhão**

Com a Crise de 1929, os países da órbita capitalista são profundamente afetados pela queda do comércio internacional. No Brasil toda a economia foi abalada, ficando os produtores rurais, sobretudo os cafeicultores, endividados e incapazes de desenvolver suas atividades. É

nesse contexto que eclode o movimento que coloca, no governo central do país, Getúlio Vargas.

A ascensão de Vargas marca o início do “Estado de Compromisso” que vai de 1930 a 1945, uma vez que, diferentemente dos governos anteriores, este amplia sua órbita de apoio, incluindo grupos com interesses divergentes. Esse espaço temporal, também conhecido como Era Vargas, expressa-se através de três faces diferentes: de 1930 a 1934, o Governo Provisório; de 1934 a 1937, o Governo Constitucional e de 1937 a 1945, o Estado Novo, marcado pelo caráter ditatorial.

No período do governo varguista, os Estados subnacionais foram dirigidos ora por interventores, ora por governadores. No Maranhão a esses momentos corresponderam os governos do Major Luso Torres, do Pe. Astolfo Serra, de Lourival Serra da Mota, do Capitão Antonio Martins de Almeida, do Dr. Achilles Lisboa e de Paulo Martins Ramos. Este último, inicialmente governador, foi, posteriormente, confirmado como interventor, a partir de 1937.

Tais dirigentes, em compatibilidade com o contexto político, tanto nacional, quanto local, tinham como principal característica sustentar um Estado forte, cuja ação política, sobretudo a partir de 1937, restringe a participação de setores sociais importantes, abafando a voz daqueles que apresentavam propostas alternativas de sociedade.

O reconhecimento da existência de uma questão social no país, se revela através da ação governamental, que se volta para a criação de uma estrutura de proteção social, com um aparato burocrático-institucional correspondente. O chamado campo social é, assim, objeto de recortes aos quais são dados tratamentos específicos. No Maranhão, à semelhança dos outros Estados da Federação, esse processo se inicia, tomando feições particulares.

## **2.1 A estrutura dos serviços públicos de saúde no Maranhão**

### 2.1.1 Antes de 1930 até o final do governo Paulo Ramos

Até 1930, o Brasil não contava com política de proteção dos cidadãos, de caráter global, mas com medidas esparsas e localizadas. Uma delas é a Lei Eloy Chaves, instituída em 1923, que trata da indenização a acidentes de trabalho.

A partir de 1930, para MARTINS (1985, p. 33), com o processo revolucionário dirigido por Vargas, o Estado, que se consolida, não se limita apenas a garantir a ordem capitalista, desempenhando papel decisivo na organização (por via administrativa) da acumulação, tornando-se promotor e autor da industrialização, mas também passa a gerenciar as relações com o centro capitalista, mediando “a ação dos grupos estrangeiros na produção local e ainda, legitimando o exercício desenvolto que, desses novos poderes de intervenção, faz a burocracia estatal em benefício próprio”.

É nesse contexto que se inicia, efetivamente no Brasil, a construção de um arcabouço político, com vistas a dar forma ao Estado protetor no país que, nos primeiros quatro anos da ditadura, foi solidificado institucionalmente.

A Constituição, elaborada em 1934, reconhece a existência de direitos sociais, ao mesmo tempo em que atribui ao poder público capacidade de intervir e regular os contratos privados que se processavam no âmbito produtivo. Nesse sentido, o Estado regularia, a partir daí, não só questões relativas ao salário mínimo, às indenizações trabalhistas no caso de dispensa do emprego, mas também todas as profissões, rompendo assim com um aspecto importante do tratado *laissez-fairiano* de não-regulamentação das profissões, reafirmado nas Constituições Brasileiras anteriores (SANTOS, 1987).

Para DRAIBE (1985, p. 93)

*“o caráter tutelar da ação de Estado sobre o mercado de trabalho e às próprias relações trabalhistas, manifestam-se claramente nos instrumentos legais da década de 30, e completa-se antes de 1945, com a consolidação dos Leis do Trabalho [...] conformando um sistema de*

*organização das relações de trabalho eminentemente corporativista, sob a égide do Estado...*

### Criou, assim o Estado

*“uma base jurídica institucional para o funcionamento e integração de mercado de trabalho, e também organizou sob sua tutela, o próprio sistema de representação classista, levando os extremos econômicos e sociais a sua ação regulatória e intervencionista”. (DRAIBE, 1985, p. 94)*

No campo da Proteção Social, de 1930 até 1964, passa-se da proteção individual contributiva das CAPS, ao sistema de “cidadania regulada”, conceito elaborado por SANTOS (1987) para explicar a concepção de cidadania, que passa a ser difundida no Brasil, onde é, mais ou menos, cidadão, o indivíduo pela sua localização nas estrutura social, enquanto trabalhador, espaço referendado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social, assinada pelo empregador.

O sistema nacional contributivo das CAPs, que também era voltado para a atenção à saúde, em forma de medicina curativa e oferta de medicamentos, privativa de algumas categorias de trabalhadores, foi substituído pelos IAPs, esses com a participação direta do Estado. Neles, o poder público é encarregado de escolher e nomear o presidente que seria secretariado por funcionário do Instituto, designado pelo primeiro. Para SANTOS (1987, p. 29), fincava-se aqui uma das remotas raízes do poder da burocracia estatal, em administração de instituições públicas.

Ao mesmo tempo em que o Estado orienta sua ação em torno dos Institutos, volta sua atenção, também, para a consolidação de um arcabouço institucional, no campo específico da saúde pública, o qual, diferentemente dos IAPS, que são de âmbito nacional, apresenta características específicas em cada um dos Estados subnacionais.

No Maranhão, destacamos três elementos indicativos de um esforço conjunto Estado/sociedade que, certamente, foram significativos na configuração do arcabouço jurídico-institucional que se organizou a partir de 1930.

O primeiro desses elementos situa-se na área de proteção do funcionário público:

A partir de 1917, o governo de Herculano Parga, instituiu a Lei nº 771 de 30/04, através da qual o funcionário estatal passou a contar com um Montepio, de caráter obrigatório que se propunha, além de realizar empréstimos em espécie ao mutuário, socorrer a família, em caso de falecimento do titular.

O segundo elemento se refere ao processo de organização dos trabalhadores:

Na década de 20, encontramos referências à existência de um agente social representativo dos trabalhadores do Estado, a Liga dos Funcionários Públicos do Maranhão Ilimitada, cujo lema era “todos por um e um por todos” e que se aproximava, a nível ideológico, do socialismo soviético, como se pode evidenciar pelas referências feitas, no jornal da associação denominado “O Funcionário”, à pessoa de Lênin: “apareceu a figura assombrosa de Lenine, o pró-homem enviado pelo destino, para organizar a Rússia livre e remodelar uma nova pátria. (O FUNCIONÁRIO, 1920, p. 2)

Segundo dados do Jornal “o Funcionário” tal liga tinha como escopo proteger, amparar e defender os interesses do funcionalismo público o qual se desdobrava em:

- auxiliar os associados, prestando-lhes serviços, mediante pequena retribuição;
- defender os interesses dos seus sócios, adiantando-lhes cotas de funerais, interessando-se pelas suas aposentadorias e socorrendo-os no leito de dor;
- defender os funcionários frente a “acusações cavilosas” (aspas nossas) ou quando vítimas de penas impostas ou demissões ilegais.

A essa liga estavam articuladas as seguintes localidades maranhenses: Furo, Icatu, Miritiba, Guimarães, Cururupu, Paço do Lumiar, Ribamar, Picos, Brejo, Currealinho, Anil, Araiases, Itapecuru-Mirim, Rosário, Tutóia, Salinas e Redondo.

O terceiro elemento desse esforço conjunto Estado/sociedade referido, diz respeito à preocupação do Estado com os procedimentos administrativos, no campo específico da saúde, como se pode verificar no Relatório do Secretário do Interior Demóstenes Macedo ao Diretor de Serviços Sanitários, em 1918. Nele, o relator, preocupado com a carência de informações básicas para permitir o combate à peste bubônica, que se alastrou no Maranhão em 1903, lista as providências tomadas, no contexto burocrático-institucional, ao seu ver, fundamentais para favorecer o desenvolvimento dos trabalhos a serem realizados:

- formação do Arquivo: “expressão da história palpitante, minuciosa e fragmentada da repartição”;

- aquisição de uma máquina datilográfica - instrumento que “oferecendo cópias perfeitamente nítidas e autenticáveis pela assinatura, proporcionasse a organização do arquivo modelo”;

- registro sistemático de informações com a abertura entre outros, dos seguintes livros:

- a) livro de atas – a ser impresso com “dizeres imutáveis desses documentos e deixando em branco apenas o espaço necessário para particularizar os predicados individuais do candidato”;

- b) livros de obituários – para registro de óbitos metodizado de acordo com a nova lei sanitária;

- c) livro de desinfecção – visando proporcionar informações sobre as desinfecções, “número, data precisa em que se deram, nome do solicitante, motivo da medida, local em que foi praticada, finalidade e quantidade dos agentes químicos empregados”;

d) livro de cargas e descargas – para registrar as substâncias saídas das desinfecções e para assinalar o movimento completo do almoxarifado da repartição. (MARANHÃO. Secretaria do Interior, 1918, p. 15-16)

Tais elementos são indicativos de que, frente à problemática concreta de doença-crise no Maranhão, sujeitos sociais diferenciados, em ação, montam, já antes de 1930, um conjunto de iniciativas que começam a configurar um campo específico, onde passam a se revelar, de forma mais nítida, as relações saúde/doença.

A partir de 1930, esse campo passou a se organizar com base numa proposta formulada a nível nacional, embora com características regionais.

Através do Decreto nº 246 de 11 de janeiro de 1932, do Interventor Seroa da Mota, pode-se visualizar a preocupação governamental com a organização de respostas à questões de saúde/doença, neste Estado. Através dele é extinta a Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural e criado o Departamento de Saúde e Assistência, funcionando na capital, com inspetorias e postos regionais, tendo as seguintes atribuições:

a) organizar no Estado os serviços sanitários, compreendidos como saúde e assistência ;

b) organizar os serviços relativos ao atendimento dos acidentes trabalhistas.

Sendo subordinado à Secretaria Geral do Estado<sup>5</sup>, tal Departamento passa a ter a seu encargo não só os serviços de higiene e saúde pública e a direção da assistência pública, mas também a fiscalização da assistência privada.

---

<sup>5</sup> Secretaria Geral - encarregava-se da Superintendência de todos os serviços públicos, repartições ou instituições mantidas pelo Estado constituindo-se, portanto, como órgão intermediário entre os chefes de serviços públicos e o governante.

Os serviços de Departamento de Saúde e Assistência são desenvolvidos no contexto de um arcabouço institucional formado por uma Diretoria geral, coadjuvada por uma Secretaria, duas Diretorias e uma Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública e Assistência Judiciária.

A Diretoria de Higiene e Saúde Pública é encarregada dos serviços de prevenção, nela se agregando o Instituto Oswaldo Cruz, os Serviços de Higiene Infantil, de Fiscalização de Gêneros Alimentícios, os de Demografia, Educação e os Postos Médicos Regionais.

Já na Diretoria de Assistência Pública estão inseridos o Leprosário, o Hospital Geral do Estado, o Hospital de Tuberculosos, o Serviço de Pronto Socorro, o Ambulatório, composto de clínicas especiais e assistência dentária a proletários, a Colônia de Psicopatas, o Dispensário de tratamento da lepra e das doenças venéreas, os Hospitais regionais, os Asilos e Patronatos e o Hospital de Isolamento de doenças infecto-contagiosas.

No período, segundo dados do Decreto nº 246 citado, o quadro de pessoal já comportava uma distinção entre funcionários administrativos e pessoal técnico que se diferenciavam pelo salário e pelo papel desenvolvido, mas que se caracterizava, sobretudo, por ser reduzido em número e funções, observando-se a singularidade de não ter o Hospital Geral, talvez o mais importante no período, nenhum médico em seu corpo regular de funcionários, com exceção do Diretor<sup>6</sup>.

Algumas características, expressas no Decreto nº 246, podem ser evidenciadas como relevantes na relação do Estado com a sociedade e com os próprios funcionários, permitindo a configuração da conjuntura sanitária da época.

---

<sup>6</sup> O quadro de pessoal do Hospital Geral era composto de 1 diretor, 1 administrador, 1 farmacêutico, 3 enfermeiros de 1ª classe, 2 enfermeiras de 2ª classe, 2 enfermeiros de 3ª classe, 1 cozinheiro, 1 ajudante de cozinheiro, 6 serventes, 2 lavadeiras, 1 lavadeira ajudante.

O primeiro aspecto refere-se aos processos de admissão e demissão de funcionários que dependiam do arbítrio dos governantes

*“os funcionários e empregados técnicos serão conservados enquanto bem servirem, a juízo do governo” . Haverá dentro das verbas orçamentárias, um corpo de pessoal extra-quadro, cujos lugares e salários serão estabelecidos por portaria do Secretário de Estado [...] providos por proposta do Diretor Geral [...] tendo-se em vista o critério das aptidões individuais e profissionais que **poderão** ser verificados mediante concurso. (MARANHÃO: Regulamentos ... 1932, p. 10-11).*

O segundo aspecto é o controle rígido sobre a ação dos funcionários, sobretudo daqueles mais distanciados da relação de favor como mecanismo de permanência no cargo público: o pagamento por serviços prestados fora da sede dependia, nesses casos, de relatórios prévios sobre o trabalho desenvolvido, para só depois fazer jus, o empregado, à remuneração. Não ocorria portanto, em forma de antecipação, para hospedagem e diária, como atualmente.

Um terceiro aspecto é o princípio de focalização dos serviços públicos, cuja garantia é controlada, também, do interior do Estado. O artigo 90, do Decreto referido, informa que os serviços prestados a domicílio, pela Inspetoria de Assistência Pública, só seriam gratuitos para os necessitados, sendo aceitos como tal, os indivíduos que, por suas reconhecidas condições de pobreza, não pudessem remunerar os socorros recebidos cabendo ao Diretor Geral com base “nos documentos apresentados da alegação do socorrido ou dos seus responsáveis, dispensar ou não o pagamento devido”.

Um último aspecto relevante é a ação estatal de cunho higienista, peculiar ao momento, que não só obriga todos os funcionários a tirarem carteira sanitária, obedecendo ao modelo adotado pela Diretoria Geral do Departamento credenciando-se pelo “atestado de saúde e robustez” e o de vacinação, como desenvolve múltiplas intervenções no espaço urbano, com vistas a saneá-lo. Dessa forma vamos encontrar a **Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública e Assistência Judiciária**, incumbida de promover processos por crime contra contravenções sanitárias e outras

ações concretas como despejos, interdições, desapropriações, demolições de prédios, com o escopo de defender a salubridade pública.

MEIRELES (1993) relata que o Maranhão sofreu, no período de 1903 a 1926, a ação de grandes epidemias; em 1903 - da peste negra; em 1909 da gripe espanhola; em 1920 - da febre amarela. Em 1921 - ameaça de nova epidemia de peste negra, com casos nos municípios de Penalva, São Bento e São Vicente de Ferrer; em 1926 - surto de varíola, última grande epidemia havida no Estado.

As conseqüências desses processos epidêmicos, que levaram à morte grande número de maranhenses, aliada a uma campanha nacional sanitária, “obrigaram” o governo a incorporar, na sua agenda, ações nessa direção, criando, inclusive, no Maranhão, uma filial do Instituto de Manguinhos - Instituto Oswaldo Cruz, ponto de referência desse movimento.

O “Estado Novo” que emerge a partir de 1937, tinha como base de sustentação política e ideológica as Interventorias dos Estados Subnacionais; o Departamento de Imprensa e Propaganda (que mantinha a Voz do Brasil, criada ainda na primeira fase do governo Vargas, em 22/07/1935); e o Departamento de Administração do Serviço Público - DASP.

No Maranhão, o interventor nomeado pelo Governo Central foi Paulo Martins Ramos que, já sendo governador à época, foi conservado no cargo e se manteve afastado dos políticos tradicionais, uma vez que se impunha “a tarefa inadiável de por ordem ao que se havia desandado, removendo os escombros [...] Para levar a bom termo esse trabalho, urgia a pacificação do Estado, mediante uma trégua às competições partidárias” [...] “Portanto, eqüidistante dos partidos dei início ao programa que me traçaram (MARANHÃO. Interventor, 1937-1945, (Paulo Ramos), 1939, p.7)

Cercou-se, pois, Ramos, de intelectuais<sup>7</sup> que procuraram destacar, em suas produções, os elementos tidos como positivos do governo como a austeridade a eficiência e o equilíbrio.

*“Integrado o espírito público nos princípios das instituições públicas do Estado Novo, criado pela abnegação e devotamento do conspícuo Dr. Getúlio Vargas, com a assistência do patriótico exército nacional, nada há a rezear a família brasileira, maximé quando, ao lado de S. Ex., se enfileiram, resolutos, como seus mandatários no governo de cada uma das unidades das federações, homens bravos e inteligentes, capazes de sacrifício pela causa que lhes foi confiada. E nesse número está S.Ex. o Dr. Paulo Ramos, íntegro interventor federal, que desde a sua investidura, se vem mostrando ao Brasil e aos seus conterrâneos, na definição de Geraldo Rocha: “a ação revestida de forma humana, ou o equilíbrio, o raciocínio, o domínio absoluto dos impulsos, a ponderação em forma de homem”. (COSTA, 1938, p.57)*

Na introdução ao Relatório de Governo de 1941, Ramos enfatiza a necessidade do Estado se manter acima dos interesses particularistas de grupos, classes e partidos para buscar o que é essencialmente popular: “o bem comum, os interesses gerais, uma distribuição melhor das atribuições do homem, das suas atividades e das suas riquezas” (MARANHÃO. Governo do Estado, 1936-1945 (Paulo Ramos), 1941, p. 7)

Tudo isso coibiria, a seu ver, o desencadear das lutas das facções na busca pelo poder, adaptando o Maranhão à ordem geral da Nação. Nesse sentido a partir de agosto de 1936, para ele, um novo Maranhão se levantou “não é somente o Maranhão sob o ponto de vista material [...] é outro também o Maranhão intelectual, social e político. É outro Maranhão cívico.” (MARANHÃO. Governo do Estado, 1936-1945 (Paulo Ramos), 1941, p. 11)

No campo da saúde, Ramos procurou destacar a Diretoria de Saúde e Assistência, em consonância com as estruturas nacionais

---

<sup>7</sup> RODRIGUES (1993, p.105) relata que tais intelectuais constituíram-se a elite burocrática da época, destacando-se Clodoaldo Cardoso (Diretor da Fazenda do Estado); Agnelo Costa (Diretor da Imprensa Oficial do Maranhão), Ribamar Pinheiro (Diretor do Departamento Estadual de Imprensa e Propaganda); Astolfo Serra (Dir. da Junta Comercial e Orador do Sindicato Maranhense de Imprensa); Luso Torres (Membro do Conselho Téc. de Economia e Finanças); Nascimento Moraes (Catedrático do Liceu Maranhense e Presidente da Academia Maranhense de Letras); Oliveira Roma (Dir. da Escola de Agronomia); Armando Vieira da Silva (Presidente do Sindicato Maranhense de Imprensa).

congêneres: Ministério de Educação e Saúde e Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ficando esse aparato assim configurado: Gabinete do Interventor encarregado da “orientação e direção supremos dos negócios públicos”; Secretaria Geral do Estado e Departamento de Serviço Público responsável pela coordenação e fiscalização das atividades administrativas; Diretoria da Fazenda; Diretoria Geral de Instrução Pública e Diretoria Geral de Saúde e Assistência.

À frente da Diretoria de Saúde e Assistência, Ramos colocou o médico Tarquínio Lopes Filho, voltando-se para a montagem da estrutura física no campo da saúde que os governos que o seguiram somente ampliaram.

A esse respeito, registra o documento “Exposição ao Povo Maranhense” de 15/08/1939, o início dos trabalhos para o levantamento da Colônia dos Insanos, na Quinta dos “Dois Leões”, que foi inaugurada em 1941; a construção do edifício que sediará o Centro de Saúde (atual Centro de Saúde “Paulo Ramos”), no qual se instalaria a própria Diretoria de Saúde e Assistência, o aparelhamento do Dispensário de Tuberculose para prevenir a incidência “da peste branca e seus impiedosos processos dizimadores” (MARANHÃO. Interventor. 1936-1945 (Paulo Ramos), 1939, p, 49); obras de melhoramento do Hospital Geral; instalação do Pronto Socorro, com prédio cedido pela Santa Casa de Misericórdia; conclusão da Colônia do Bonfim, em 17/10/1937; melhoria no suprimento das seções da Diretoria de Saúde e Assistência entre outras<sup>8</sup>.

No já referido documento “Exposição ao Povo Maranhense”, de 1939, são registrados também a quantidade de atendimentos e a qualidade dos métodos utilizados pelas instituições de saúde: no Hospital Geral são

---

<sup>8</sup> MEIRELES (1993, p. 78-79) contabiliza na administração de Ramos a criação e manutenção de oito instituições, sob a responsabilidade do Estado na capital: 1 Centro de Saúde, 1 Pronto Socorro, 1 Hospital Geral, 1 Hospital Infantil, 3 Hospitais especializados, 1 Maternidade. Além disso criou Postos de Saúde nas principais cidades interioranas e restabeleceu o Ensino Superior ao criar, através da Fundação “Paulo Ramos” juntamente com a Faculdade de Direito, as Faculdades de Farmácia e Odontologia que haviam sido fechadas.

764 doentes, 165 “altas” (grifo nosso) intervenções cirúrgicas, 200 de importância secundária, 17.638 curativos e 13.569 aplicações de injeções.

Na Colônia dos psicopatas os doentes são atendidos por métodos à época modernos: convulsoterapia pelo cardiasol, comas insulínicas e malarioterapia; na Colônia do Bonfim, dá-se ênfase à importância da segregação dos afetados pelo hansen, sendo que dos 1148 doentes cadastrados, festeja-se a média de 157 internos; no Pronto Socorro são 3342 atendimentos, sendo 1334 em domicílio, 184 em via pública e 1924 na sede.

O processo de organização desses serviços é destacado através da regulamentação do trabalho sanitário. Dessa maneira, o Relatório de 1940 verbaliza o esforço dos técnicos com a redação de um corpo de doutrinas sanitárias para o entrosamento dos setores do Centro de Saúde, ao mesmo tempo em que circulam cartilhas elaboradas, com vistas a alertar a população sobre o perigo das doenças, sua profilaxia e tratamento. Destacam-se, entre elas “Um Novo Método de Cura e Profilaxia da Malária”, de Bento Urbano<sup>9</sup> e Catecismo de Defesa Contra a Lepra”, organizado por Achilles Lisboa<sup>10</sup>. (MARANHÃO. Governo do Estado. 1936-1945 (Paulo Ramos)

Ao mesmo tempo, a seção técnica da Diretoria de Saúde divulga frutos dos seus estudos, tais como: “Instrução de Serviço Para Postos de Higiene”; “Organização de 10 itens Sanitários mais Significativos no Momento”; “Instrução para Inquérito e Registro de Estabelecimentos Industriais, Estudos Sobre Campanha Contra a Tuberculose”. (MARANHÃO. Governo do Estado. Interventor 1937-1945 (Paulo Ramos, 1941)

---

<sup>9</sup> Médico-Chefe do 3º Distrito Sanitário do Maranhão.

<sup>10</sup> Médico e Governador do Maranhão, em 1936, que sofreu impeachment.

Por sua vez o Decreto-Lei nº 30 de 25/01/1938, da mesma Diretoria, centra sua atenção na modernização de quatro categorias básicas ao setor de saúde:

- a) prevenção e profilaxia das doenças (higiene dos alimentos, espaço e métodos de trabalho e formas de prevenção das doenças);
- b) organização do trabalho e controle do exercício profissional;
- c) remuneração dos serviços públicos (Pronto-Socorro e Laboratório);
- d) classificação dos funcionários e salários do pessoal.

O cuidado com a eficiência do trabalho se traduz na eliminação das inspetorias de saúde, próprias da estrutura aprovada no governo anterior, que congregariam um corpo de funcionários ampliado, o que, pelas dificuldades de articulação entre seus membros, acarretaria perda de tempo na adoção de providências necessárias ao andamento dos trabalhos sanitários.

A nova organização do setor saúde, no Maranhão, proposta pelo Decreto-Lei nº 30 comporta:

- a) Diretoria Geral, com seções administrativas e técnica, a quem cabe a direção dos trabalhos;
- b) Centro de Saúde, com sede em São Luís, encarregado da investigação epidemiológica e profilática, polícia sanitária, controle dos índices de mortalidade, exames de saúde, higiene em geral e fiscalização do exercício profissional;
- c) Instituto Oswaldo cruz - responsável pelos exames laboratoriais;
- d) Serviços de Assistência Social e Hospitalar congregando:
  - trabalhos de fiscalização de toda a assistência hospitalar particular ou subvencionada pelo Estado;

- trabalho de incentivo à ação da iniciativa privada com vistas a ampliar o número de instituições particulares de proteção às populações desamparadas do Estado.

e) Distritos Sanitários - o Maranhão ficava dividido em seis distritos onde funcionavam postos de higiene, fixos e itinerantes, com as atribuições do Centro de Saúde. Cada Diretor tinha um médico especializado, como dirigente e os funcionários, nomeados para esses organismos, deveriam ali permanecer, exercendo suas atividades por um prazo nunca inferior a dois anos.

O segundo elemento de apoio a Vargas, o Departamento de Imprensa e Propaganda, tinha como propósito possibilitar a divulgação da lógica simbólica capaz de sustentar a linha político-ideológica do estadonovismo.

O terceiro ponto de apoio do governo do “Estado Novo” era o já referido DASP, criado em 1932 que tinha como escopo não só a modernização, como também a racionalização da burocracia, melhorando a qualidade administrativa do governo e facilitando a integração política de suas partes com a sociedade. Segundo Draibe, o DASP

*“com êxito relativo, é verdade, definiu normas e regras de admissão e recrutamento pelo sistema de mérito e por concursos públicos, competitivos e obrigatórios; estruturou a carreira do funcionalismo e procedeu, também, a certa racionalização operativa, padronizando material e centralizando as compras da administração federal” [...]. Sua ação porém, “não deixou de ser limitada, incapaz de impedir o favoritismo político, a patronagem e o clientelismo...” (DRAIBE, 1985, p. 85).*

Nos Estados subnacionais foram criados os Departamentos Estaduais de Serviço Público – os “daspinhos”. Ramos afirma a respeito desse organismo no Maranhão “ter chegado o momento da máquina administrativa ser reajustada e posta em condição de atingir um mais alto nível de rendimento” . (RODRIGUES, 1993, p.110).

O processo de capacitação dos profissionais no campo, da saúde, é justificado com vistas “a padronização dos trabalhos sanitários no

país” (MARANHÃO. Interventor, 1937-1945. (Paulo Ramos), 1939, p. 92), acorrendo profissionais ora ao Rio de Janeiro ora ao Ceará.

Registra-se, no documento citado, a especialização dos seguintes médicos: Salomão Fiquene – Bromatologia e Anatomia Patológica; Benedito Metre – Psiquiatria; Cesário Veras – Higiene e Saúde Pública; Paulo Bogéa – Maraliologia; José Ribamar Viana – Tisiologia; e Filogonio Lisboa – Higiene e Saúde Pública. Refere, ainda a saída de três visitadoras sanitárias que, diplomadas em São Luís, adquiriram o padrão de enfermeiras de Saúde Pública na Escola Ana Neri. Tais especialistas constituir-se-iam a elite burocrática na saúde, ocupando cargos de direção nos Distritos Sanitários, Hospitais e Centros de Saúde.

O quadro de pessoal também sofre modificações, ocorrendo uma ampliação no gabinete em 50% de pessoal, sobretudo, no grupo técnico. Por outro lado, verifica-se, na instituição tomada como exemplo, o Hospital Geral<sup>11</sup>, uma preocupação com a dotação de um corpo médico que não existia na fase anterior.

Até 1926, a promoção do funcionário tem como suporte sua distinção pela inteligência, pelo zelo no serviço e pela lealdade, atendendo sempre que possível, a antigüidade” (MARANHÃO. Regulamentos. 1932, p. 22). Já no Governo Paulo Ramos, procura-se dar ênfase a critérios meritocráticos, no processo de ascensão profissional e remoção do interior para São Luís: “os cargos constantes do quadro que não estejam providos em caráter objetivo serão preenchidos por serventuários contratados pelo período de 01 ano [...] As vagas da capital serão preenchidas com pessoal do interior, sendo 2/3 por merecimento e 1/3 por antigüidade” (MARANHÃO. Regulamentos. 1938. art. 79 e 80).

Os elementos, até aqui apresentados, desvelam a existência de um padrão de organização dos serviços de saúde, desenvolvidos no

---

<sup>11</sup> O Hospital Geral conta no período com 1 chefe de clínica cirúrgica, 1 chefe de clínica médica, 1 farmacêutico, 1 administrador, 2 atendentes de 1ª classe, 5 atendentes de 2ª classe, 1 cozinheiro, 1 ajudante de cozinheiro, 2 lavadeiras, 1 ajudante de lavadeira, 6 serventes.

Estado do Maranhão, com vistas a responder ao recorte específico da questão saúde/doença. Eles configuram, todavia, ao nosso ver, apenas os primeiros passos no sentido da instauração, nesse Estado, de uma administração burocrática, na lógica da noção weberiana, de um tipo racional-legal<sup>12</sup>.

Para WEBER (1964), os pressupostos para o afloramento da burocracia, que são econômicos e políticos, permitem a criação de um arcabouço institucional, com códigos específicos, que permite a imposição da obediência apenas às leis abstratas e não à pessoa do governante, perdendo a função pública, o caráter de privilégio.

*“Para o funcionário público só tem relevância o que está escrito. Não tem valor o que ele sabe por ouvir dizer, por informação confidencial, por presunção ou por investigação própria. Da mesma forma os princípios de hierarquia e divisão do trabalho impõem não só um processo de especialização do corpo de funcionários, definindo o ordenador no fluxo de informações, mas também excluindo a possibilidade da negociação, da interpretação, do assessoramento por terceiros, etc.”. (OFFE, 1984, p. 216-217).*

Ao mesmo tempo, assegura-se a eficiência e a justiça pelo exercício dos direitos de cidadania em lugar da concessão ou da benevolência da “persona pública” à “persona privada”.

Nos contextos históricos examinados nesse trabalho, diferentemente do que é advogado por WEBER (1982), configura-se, na primeira fase, a carência dos códigos específicos, orientadores da ação do funcionário público. O que diz textualmente o Dr. Demóstenes Macedo, Secretário do Interior, em Relatório enviado a Bento Urbano, Diretor dos Serviços Sanitários do Maranhão, em 1918, é exemplar em relação a essa fase: “a maior lacuna [...] era a absoluta falta de registro, dos dados oficiais ou ao menos do resumo do movimento epidêmico e os serviços dele decorrentes. (MARANHÃO. Secretaria do Interior. 1918, p. 3)

---

<sup>12</sup> BLAU (1971, p. 31) identifica o conceito de tipo ideal em Weber, como o resultado de “um tipo puro, obtido por abstracción de los aspectos burocráticos más característicos de todas las organizaciones conocidas [...] no existe una organización concreta que se corresponda exactamente con esta construcción teórica”.

Outro aspecto que desqualifica o contexto histórico como indicador da existência de uma burocracia moderna é a ausência de garantias legais aos funcionários em casos de risco próprio<sup>13</sup>. Referindo-se a um servente enfermo, o Relator escreve:

*“entendendo, porém, a sua correção, durante a largo tempo que esteve enfermo, admitimos para desempenhar o seu mister, um filho que prontificou-se a fazê-lo, percebendo somente a metade dos vencimentos a que tinha direito o pai, e dispensando em benefício deste a outra parte. Este alvitre teve em vista não deixar a mingua de recursos pecuniários para sua subsistência um velho e bom servidor do Estado. (MARANHÃO. Secretaria do Interior. 1918, p.3)*

Por outro lado, numa segunda fase, sobretudo na conjuntura 1937-1945, os elementos referidos como inexistentes ou incompletos na primeira fase, estão parcialmente resolvidos. Esposa-se, no entanto, o arbítrio no país, com a lógica peculiar do “Estado Novo” que se pauta pelo estabelecimento de um Estado policial.

A supressão das liberdades individuais e o fechamento de canais tradicionais de participação, como partidos políticos e parlamento, características da conjuntura em apreço, denuncia uma “militarização administrativa”. Além disso, retirando-se a possibilidade do controle social sobre o exercício da justiça, pode-se colocar em questão um aspecto importante da caracterização do tipo legal weberiano, que é a efetiva impessoalidade do funcionário na sua prática cotidiana.

No Maranhão, Ramos entende que a ele cabe construir, neste Estado, uma miniatura que corresponda ao “colosso” nacional, exercido por Vargas, no âmbito do “Estado Novo”.

*“Da V.Exa., o padrão, erguendo um monumento ciclópico, com os seus contornos de enorme proporções. Eu trabalho com a técnica de operário que executa miniaturas, numa modesta oficina. Nos diminutos e delicados traços, burlados em insignificante pedra ele tem que afeiçoar a expressão nítida e reduzida de modelo [...] Só assim, e não de outro modo, o observador da miniatura verá na sua gravação minúscula a compleição atlética do colosso de que é a cópia ...”(MARANHÃO. Governo do Estado, 1936-1945 (Paulo Ramos), 1941, p. 3)*

---

<sup>13</sup> Na criação do Montepio dos Funcionários Públicos do Estado é definido como obrigatória a contribuição aos serventuários, mas se propõe apenas a socorrer suas famílias em caso de falecimento dos titulares e a realizar empréstimo em dinheiro ao contribuinte.

Desse modo, ao mesmo tempo em que a grande distância dos centros culturais e politicamente hegemônicos coloca o Maranhão isolado dos processos que deram nova configuração à sociedade civil nacional (CALDEIRA, 1778, p.59), a ação do interventor Ramos faz uma aproximação institucional, ao colocar-se como um cumpridor fiel das lides necessárias à implantação e consolidação do estadonovismo, nesse Estado.

No contexto referido, portanto, a documentação examinada revela, no caso do Maranhão, a existência de contratos de trabalho com remuneração do pessoal de Estado e uma organização das atividades e instituições, no campo da saúde. No entanto, a referência sistemática à categoria de trabalhadores extra-quadros revela que os critérios meritocráticos são reduzidos, dando-se prioridade à confiança pessoal do governante e de seus representantes, nos processos de contratação, mobilização e demissão dos funcionários, o que denuncia a ausência da lógica da impessoalidade no tratamento da coisa pública. Da mesma forma a superposição de critérios pessoais em relação aos de mérito, não garante, na contratação, a presunção de competência técnica do funcionário, elementos essenciais para configurar o tipo racional-legal weberiano.

O governo Paulo Ramos se encerra com o fim do Estado Novo, em 1945. Durante sua gestão, porém, já aparece no cenário estadual uma presença que viria se tornar marcante na direção política local – Vitorino Freire.

### 2.1.2 O Período Vitorinista

Vitorino Freire ascende ao patamar de figura central no Maranhão, a partir do campo legislativo, com o apoio do governo central e através do estabelecimento de uma forma particular de coronelismo<sup>14</sup> que

---

<sup>14</sup> LEAL entende o coronelismo como o resultado da superposição de formas desenvolvidas do regime representativo a uma estrutura econômica e social inadequada [...] É antes uma forma

se alicerça, para CALDEIRA (1978, p. 59), através de formas superestruturais de dominação: concessão de garantias e favores às bases eleitorais, em troca de votos e apoio político, e controle do PSD.

Quatro elementos são apontados, por analistas locais<sup>15</sup> como determinantes para a ascensão da forma de dominação vitorinista no Maranhão:

- a permanência de relações sociais no Estado, sustentadas em elementos tradicionais, como o clientelismo e o patronato, que convivem lado a lado, com a ocorrência de um certo crescimento agrícola no Estado;
- a reaglutinação de forças sociais tradicionais como comerciantes, industriais e latifundiários, colocadas no ostracismo, durante o governo de Paulo Ramos;
- a incapacidade das lideranças tradicionais de resolverem seus problemas internos e a conseqüente criação de um vázio político;
- a convergência entre as forças da situação e da oposição cujas diferenças se situavam nos métodos e não nas propostas.

Criado esse espaço político propício, e com o apoio inicial do presidente Eurico Gaspar Dutra, Vitorino, através dos dirigentes dos poderes constituídos passa a dar contornos mais nítidos à ação mediadora do Estado com a sociedade, através da manipulação do sistema político e da criação de privilégios privados: ao mesmo tempo em que intensifica a dependência pessoal no campo, transforma em burocratas ou servidores do Estado, todos aqueles empresários aliados em dificuldades.

Através desses procedimentos, com o apoio da máquina partidária do PSD, emergem, entre 1947 e 1965, todos os governantes do

---

peculiar de manifestação de poder privado [...] Por isso mesmo é “sobretudo um compromisso, uma troca de proveitos entre o poder público, progressivamente fortalecido, e a decadente influência dos chefes locais, notadamente dos senhores de terra ... (LEAL, 1975, p.20)

<sup>15</sup> A respeito do período vitorinista ver CALDEIRA (1978), BONFIM (1985) e BUZAR (1995a, 1995b e 1988).

Estado: Sebastião Archer (1947-1951), Eugênio Barros (1951-1955), Matos Carvalho (1957-1961) e Newton Bello (1961-1964) os quais se submeteram, considerando suas oscilações particulares, à lógica da dominação vitorinista, permitindo-se que o Senador pelo Maranhão, (Vitorino Freire), desenvolvesse no Estado uma política “mandonista” – o termo é de (CALDEIRA, 1982) – exercendo controle sobre instituições maranhenses, entre às quais destacam-se bancos, partidos políticos, justiça, e repartições públicas.

As razões históricas do surgimento dessas formas particulares de dominação são explicadas por FAORO (1993) como o resultado do modo como emerge o Estado brasileiro, no cenário internacional.

Enquanto importação portuguesa, o Estado Brasileiro foi instituído com base no tesouro real, terminando por revestir-se da regulação burocrática, condicionado pelos movimentos impostos pela modernidade. Assume, no entanto, feições particulares, tornando-se pouco permeável ao controle social. Tal fato faz com que seu funcionamento se opere com base numa lógica concebida no interior do próprio aparelho do Estado, o que termina por configurar o espaço público como coisa particular de quem chega primeiro. Distancia-se, assim, o Estado e seus agentes dos objetivos explícitos que regulam as instituições estatais modernas cujo substrato é a igualdade diante da lei, administrada objetivamente por procedimentos formais.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que é forte, o Estado, ao longo de seu processo formativo, não conseguiu açambarcar todos os espaços pretendidos. Esses hiatos passaram a ser ocupados por grupos e famílias, tornando-se muitas vezes, impenetráveis ao poder público. No Maranhão, durante o período vitorinista, não são grupos econômicos, mas setores políticos que passam a ocupar os vazios não preenchidos pelo Estado e que, portanto, se auto-instituem como mediadores entre este e a sociedade, cuidando, no entanto, dos seus interesses particulares.

O período vitorinista corresponde, a nível nacional, ao restabelecimento da democracia política no país, à ampliação da divisão social do trabalho e a um crescente processo de urbanização, com suas questões específicas, nas áreas do trabalho, da saúde, do saneamento e da habitação. A resposta do governo federal, obrigado a administrar uma abertura num contexto social e econômico extensamente regulado, é pobre em inovações: sua ação no campo não difere daquela empreendida no período varguista, isto é, através de medidas compensatórias, dirigidas aos trabalhadores pelo Ministério do Trabalho e pela Burocracia Sindical.

No Maranhão, também, o período se caracteriza pela passividade do governo, quanto à elaboração de propostas novas, e pela luta entre grupos intraoligárquicos, sem a participação da sociedade. Tal estabilidade foi quebrada com a greve de 1951, quando há uma grande mobilização social, com o escopo de inviabilizar a posse do Governador Eugênio Barros, cuja eleição foi tida como fraudulenta<sup>16</sup>. Embora tal movimento tenha congregado parte significativa da sociedade, foi duramente reprimido, não logrando alcançar os fins pretendidos.

Empossado no governo, pois, Eugênio Barros faz expedir a Lei nº 1011 de 28 de outubro de 1953<sup>17</sup> que apresenta já os traços reveladores dos estatutos jurídicos modernos, regulando os mecanismos de entrada, as formas de trabalho e de saída no serviço público e assegurando assistência social, remuneração e aposentadoria aos funcionários.

São definidas, nessa legislação, as concepções de **classe** - agrupamento de cargos, da mesma profissão ou atividade, com

---

<sup>16</sup> Vitorino Freire lança Eugênio Barros pela legenda do PST (Partido, Social Trabalhista), uma vez que o PSD regional, dirigido pelo médico Genésio Rego se havia colocado em oposição a Freire com a conivência do vice governador, Saturnino Bello. Após cerrada disputa, com a morte de Belo em 13/01/51 abre-se a luta política pela anulação do pleito. No entanto, Vitorino consegue do TSE a diplomação de Barros, como governador, provocando a greve de 1951 que se constituiu sangrenta, em face da mobilização armada da população e da repressão violenta por parte do governo. (BUZAR, 1995b)

<sup>17</sup> Essa legislação veio dar uma feição mais elaborada ao estatuto jurídico do funcionário público, substituindo outros como o Decreto-Lei Estadual nº 689 de 14/11/1942.

denominação própria; **quadro** - conjunto de carreiras ou cargos isolados; e **hierarquia** - investidura em postos de chefia, direção, orientação ou comando.

Na legislação, o conceito de mérito está relacionado ao efetivo exercício do cargo, revestido por assiduidade, pontualidade e zelo profissional, entendido como a preocupação com a eficiência, com a capacidade de estabelecer relações amistosas com os usuários dos serviços e companheiros do mesmo grau na hierarquia, além do respeito devido aos superiores hierárquicos.

Aos funcionários, são garantidos direitos trabalhistas como vencimentos e vantagens (ajuda de custo, auxílio pela diferença de caixa<sup>18</sup>, salário família<sup>19</sup>, etc.), licenças especiais e licenças por motivo de doença. Eles são, também, obrigados a contribuir para o Plano de Assistência Social cujo intermediador é o IPEM que lhes garante assistência médica, dentária e hospitalar, sanitária e creche, previdência, e assistência jurídica, empréstimos para aquisição de residência, curso de aperfeiçoamento e especialização profissional e centros de aperfeiçoamento moral e intelectual, fora do horário normal de trabalho.

No que diz respeito à preocupação com uma política de moralização das práticas administrativas, segundo BUZAR (1988, p. 73-85), dentre os governantes dessa conjuntura pós-45, apenas Matos Carvalho tem esse princípio como escopo explícito de sua ação governamental. Isso para manter-se em consonância com a lógica de governo de Juscelino Kubitschek, que lhe corresponde a nível nacional. Nesse sentido, ele não só proíbe, em todas as repartições públicas, a admissão de novos funcionários, como define o retorno dos afastados.

À sucessão de Matos Carvalho é referendado o advogado Newton Bello, coincidindo com a vitória, a nível nacional, do udenista Jânio

---

<sup>18</sup> Aos que lidam com dinheiro são destinados 5% do que arrecadam, fixado no orçamento estadual.

<sup>19</sup> Fixado inicialmente per Decreto-Lei em 26/08/46 no valor de CR\$ 5,00, por dependente.

Quadros e apoiado, a nível local, pela UDN que tinha entre seus líderes, José Sarney.

BUZAR (1988) se refere ao discurso de Bello onde este enfatiza seu empenho de dar ao Estado novas formas e procedimentos administrativos, dinamizando os serviços públicos. Através do Decreto nº 1824 de 28/02/1961 criou a Comissão de Acumulação de Cargos e Funções do Serviço Público do Estado do Maranhão, para dar parecer conclusivo às pendências nesse campo específico.

Essa preocupação dos governantes com a configuração de pessoal para o Estado, empresta ao período vitorinista o título de ciclo do funcionalismo. No entanto, as constantes denúncias, verificadas nas atas do legislativo estadual, sobre a ocorrência de demissões sumárias, além da utilização de critérios afetivo-clientelista no processo de contratação, evidenciam que a prática corrente, contrapunha-se aos estatutos jurídicos desenhados e às normas editadas nos governos particulares<sup>20</sup>.

No plano econômico, FEITOSA (1994, p. 227) se refere ao fato de que o Maranhão que se mantinha “isolado do cenário internacional das trocas de mercadorias”, desde o fim do século XIX até a década de 50, nesse período se apresenta com uma nova feição, verificando-se a expansão da pequena produção do arroz e estabelecendo-se, uma articulação efetiva com o centro capitalista através do extrativismo da amêndoa do babaçu.

Tal movimento provoca, por outro lado, o esmagamento das famílias camponesas, no que diz respeito às suas alternativas de produção,

---

<sup>20</sup> A eleição de Matos Carvalho foi contestada pelas Oposições Coligadas, lideradas por Clodomir Milet, que entendiam o processo como fraudulento. Os recursos interpostos fizeram com que parte da questão no período fosse feita por presidentes da Assembléias Legislativa: Alderico Machado (31/01 a 23/03/56) e Eurico Ribeiro (26/03/56 a 09/07/57). (BUZAR, 1995a)

Contestada também foi a eleição de Newton Bello pelas mesmas Oposições Coligadas. A Revisão Eleitoral feita no Maranhão pelos artífices do Golpe de 1964 comprovou as irregularidades eleitorais, tanto que os 497.496 eleitores foram reduzidos para 291.230, desaparecendo 206.266 “fantasmas”.

favorecendo o êxodo rural que se acentuaria em períodos subsequentes, com a apropriação das terras maranhenses por grupos do centro sul do país, dando contornos acentuados à questão social.

A passividade do governo, no que concerne à formulação de propostas inovadoras, aparece no campo da saúde, através de uma ação de caráter incremental: desenvolvimento de uma cobertura relativa, na área da prevenção e da atenção médico-hospitalar, além da manutenção do arcabouço institucional vigente.

MEIRELES (1993, p. 82-83) destaca as seguintes ações desenvolvidas nesse período:

- criação da Secretaria de Educação e Saúde;
- transformação da Diretoria Geral da Saúde Pública em Departamento Estadual de Saúde, que se expande pelo interior, através de treze Distritos Sanitários;
- federalização das Faculdades de Farmácia e Odontologia;
- apoio à criação das Escolas de Enfermagem e Medicina, sob a coordenação de iniciativa não-estatal;
- criação da Secretaria de Saúde e Assistência, desdobrada em dois departamentos: Saúde e Assistência;
- doação do prédio do Grupo Escolar Nossa Senhora dos Remédios para o funcionamento da Faculdade de Medicina;

No governo Newton Bello, as ações desenvolvidas, expostas através da sua “Mensagem à Assembléia Legislativa de 1964”, são ilustrativas de que a preocupação do governo no período e de sua máquina burocrática no campo da saúde, praticamente imune ao contato da sociedade, se volta essencialmente para ações de reforma: reconstrução, reaparelhamento e recuperação, destacando-se:

- reaparelhamento de unidades sanitárias com destaque para o Hospital Geral “Tarquínio Lopes Filho” e o Centro de Saúde Paulo Ramos;
- reforma do Hospital Infantil e Maternidade Benedito Leite;
- recuperação do Pronto Socorro;
- reconstrução e reequipamento dos Postos de Higiene e Puericultura no Interior;
- mudança da denominação do Instituto Oswaldo Cruz para o Instituto de Higiene Oswaldo Cruz.

Sob o título de criação são destacadas apenas: a do Hospital Volante, em cooperação com a Associação de Pioneiras Sociais do Maranhão, de unidades médicas de médio porte no interior, de uma nova Lei de Reclassificação de Cargos e Funções e de um serviço para a instalação de rede de unidades sanitárias.

A partir do ano de 1966, o Maranhão entra num novo período político com a derrocada da dominação vitorinista e a ascensão da coligação de oposição, representada pelo candidato vitorioso ao governo, José Sarney, advindo da ala udenista.

### 2.1.3 O período sarneysta

Para CALDEIRA (1978), a entrada de Sarney na cena política como dirigente do Estado, representa a confluência das duas vontades: a) da sociedade civil maranhense, cansada do mandonismo vitorinista e das práticas do seu partido<sup>21</sup> – ele informa que o candidato Renato Archer, desse grupo, obteve apenas ¼ (um quarto) dos votos dirigidos a Sarney (36.103 contra 112.062, segundo dados do TRE); b) do governo central, então sob a responsabilidade do Mal. Castelo Branco.

O Governo Central apoiou, ostensivamente o candidato udenista, tido como a figura capaz de alçar o Maranhão à altura do projeto político-ideológico de cunho desenvolvimentista que referendou o golpe de 1964. Para Sarney, no entanto, o governo não foi recebido “como uma dádiva de um grão-senhor” o que o estimula, no discurso de posse, a verbalizar o seu intento de não exercê-lo “como um condomínio de privilegiados” (MARANHÃO. Governador, 1966-1970 (Sarney), 1966, p. 18)

A partir de 1966, a administração estadual incrementa processo de modernização, merecendo especial atenção a infraestrutura econômica. Dessa forma, de uma atitude, predominantemente contemplativa do governo, característica do período anterior, passa a ter ele papel ativo, através do incentivo à iniciativa privada na indústria e no setor de serviços e do fomento às atividades produtivas o que, no campo, se expressa por inovações tecnológicas.

---

<sup>21</sup> BUZAR 1995 se refere a dois episódios eleitorais com o empresário paraense, radicado no Maranhão, Mário Flexa que, na década de 50, foi fiel escudeiro de Vitorino Freire. Tais episódio atestam os mecanismos mandonistas e de troca de favores, utilizados por Freire com a conivência dos cardeais do seu partido, o PSD. Destacamos o episódio ocorrido em Penalva, sobre o qual diz o autor: orientado pelo PSD local, para garantir a eleição de Matos Carvalho a deputado federal, na eleição de 1958, FLEXA, “comprou” eleitores, mesários e juiz. A apuração começou às 19 horas e às 4 horas da manhã já estava tudo pronto “com os mapas devidamente assinados pelo juiz”. Para Flexa, o PSD sempre ganhava as eleições “porque tinha ao seu lado os juizes eleitorais, via de regra, amigos do governo que eram bem tratados e recompensados pelos favores recebidos”. Indica como fatores de sucesso, portanto, dinheiro, máquina administrativa, cargos públicos e vantagens materiais” que as oposições não tinham condições de oferecer aos chefes políticos” (BUZAR, 1995b)

A área urbana, por sua vez é incrementada pela ação do Grupo de Trabalho da Indústria (da SUDEMA) que criou a Companhia Progresso do Maranhão, transformada, em 1970, no BDM.

Na Mensagem de Abertura da Sessão Legislativa de 1966, SARNEY se propõe a impor ordem ao caos, num esforço programático de desvendar a realidade para solucionar os problemas encontrados. Para ele, a partir desse momento, " já não se fala em regiões trabalhadas para a sublevação. Os problemas locais não são mais apenas encargos exclusivos dos governos estaduais, pois devem ser encarados como problemas nacionais, a serem identificados no âmbito de cada Estado..." (MARANHÃO. Governador. 1966-1970 (José Sarney), 1966, p. 52)

Esse discurso é revelador da postura centralizadora assumida pelos militares dirigentes e condizente com a lógica que orienta o autoritarismo, enquanto opção política: a tomada do poder por um grupo é seguida do bloqueio dos canais de participação social, fazendo com que sejam assumidas posições com base em decisões verticalizadas.

No campo da saúde, a face do Estado aparece através da concentração de recursos administrativos e financeiros; pela criação de mecanismos de fortalecimento do setor privado com receita pública e pela permanência da dicotomização da clientela do sistema em segurados (portadores da carteirinha, espelho da sua condição de cidadão, posto que trabalhadores) e não-segurados (desempregados ou não-trabalhadores, portanto, portadores do estigma de indigentes).

Para Sarney, até aquele momento, a administração pública do Estado estava atada por padrões antiquados, e, por isso, despreparada para atender ao Programa desenvolvimentista do governo. Ele diagnostica esse mal através dos seguintes problemas empíricos: atraso na escrituração do tesouro; ausência de banco de dados estatísticos e de cadastro do funcionalismo público; precárias condições materiais das

repartições, das cadeias públicas e do serviço de imprensa, além da total devastação dos estabelecimentos industriais e da polícia militar.

No campo da saúde, identifica baixo nível econômico da população, inadequada e insuficiente estrutura sanitária e ausência de racionalidade e planejamento, o que enseja a incidência, entre outros males, no ano base de 1965, de 25% de doentes de malária, 86,8% de verminose, 25.000 casos notificados de tuberculose e 6.000 de lepra, além de 135.000 doentes de esquistossomose, numa população total estimada de 2.477.376 pessoas, segundo dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A posição do governo é contrária às “rotinas burocráticas e aos velhos e ineficientes métodos administrativos”, convicto de que o Estado dispõe de “quadros capacitados e dinâmicos” além de processos que, atualizados, darão conta das tarefas decisivas e essenciais ao desenvolvimento. Para isso necessário se faz substituir as práticas empíricas por modernas técnicas administrativas, mudando as velhas atividades e convicções burocráticas por “mentalidades de participação no projeto desenvolvimentista do Estado”. (MARANHÃO. Governador. 1966-1970 (José Sarney).1966.)

Para VIEIRA, Sarney representa, no Maranhão, a passagem

*“de um modo tradicional de definição de prioridade e distribuição de recursos baseada, por exemplo, nas esferas de influência (partidos, grupos, etc.) para um modo racional de proceder, graças ao qual se diagnosticam as carências, se escolhem os objetivos e se definem os meios a serem empregados, segundo regras e procedimentos aceitos como razoáveis por um conjunto de técnicos.” (VIEIRA apud BONFIM, 1985, p. 38)*

A ação governamental nessa direção é evidenciada pela implementação das seguintes medidas:

- a) criação da escola de Administração do Estado ;
- b) criação de Centros de Treinamentos de Pesquisas Administrativas;

c) criação da Superintendência de Desenvolvimento do Estado do Maranhão (SUDEMA), congregando técnicos de reconhecida capacidade intelectual, como Bandeira Tribuzzi, Benedito Buzar, Joaquim Itapary, José Caldeira<sup>22</sup>.

d) definição de tempo integral para o funcionalismo público;

e) promoção por aposentadoria ao portador da medalha por mérito profissional;

f) criação de regulamentos específicos para orientar o fluxo burocrático (códigos de contabilidade, manuais de serviço, sumários da legislação);

g) capacitação profissional focalizada para atender ao escopo desenvolvimentista do período.

h) execução da reforma administrativa global no Estado, através de convênios com a SUDENE e com Instituto de Serviço Público da Universidade Federal da Bahia.

A ênfase do governo Sarney no sentido de reestruturação dos processos administrativos, com a criação de mecanismos institucionais modernos e com a especialização de funcionários, é reveladora da intencionalidade do governo, a despeito do seu discurso de afirmação de sua postura descentralizadora, de criar um poder burocrático no Estado, com face tecnocrática, onde os agentes reconhecidos por sua competência pudessem ser os portadores da racionalidade neutra, científica e apolítica que orientou a face explícita dos governos que se seguiram ao Golpe de 1964, no país.

---

<sup>22</sup> No dizer de HELUY (1990, p. 27) ascendem com Sarney “os rapazes de ouro” (grifo da autora) do governo, para ela: Bandeira Tribuzzi, Joaquim Itapary, Fernando Ferreira, Lourenço Vieira da Silva, João Alberto, Roberto Macieira, Celso Lago, Wagner Campos, Alberto Tavares, Fernando Belfort, Fuad Amato que passariam a ocupar os cargos importantes, tanto no Legislativo, quanto no Executivo, dando sustentação ao projeto do grupo Sarney.

Dessa forma, os primeiros passos do Governo para execução da reforma administrativa global, já referida, foram os seguintes:

- diagnóstico da realidade administrativa;
- treinamento de pessoal, sendo atingidos, no campo da saúde, auxiliares de saneamento, visitadoras sanitárias, planejadores de saúde, educadores sanitários, auxiliares de estatística e administradores hospitalares;
- descongestionamento do tráfego dos processos e documentos administrativos;
- abertura de concurso, público para ingresso de funcionários, com, o escopo de evitar, no processo de seleção, os critérios afetivos ou clientelistas.

No contexto dessa reforma, entre os anos de 1966 e 1969, uma série de publicações é elaborada no Maranhão, compondo um arcabouço de leis, decretos e rotinas de serviços que permitiram expor a nova face da burocracia estatal, condizente com a conjuntura política vigente. Tal arcabouço jurídico desce a minúcias com relação à administração de material, administração de pessoal, administração de serviços auxiliares, rotinas de protocolo, de remessa de documentação, de arquivamento de documentos, de emissão de correspondência, de controle de veículos, de organização de processos, entre outros.

Do ponto de vista de LUZ (1981, p. 174) o período 1968-1974 expressa uma tendência do Estado Brasileiro para responder à questão saúde/doença numa perspectiva de racionalização, traduzida pela integração de programas setoriais de atenção médica sob a égide da Previdência Social a qual, mediante regulamentos especiais, organiza o financiamento (portanto o funcionamento) desses programas. Dá-se, portanto, essa racionalização pelo cálculo de gastos com atendimento, em

termos de intervenção médica, de acordo com o tempo de duração da enfermidade.

A partir dessa fase, também aparece, na agenda governamental, a preocupação explícita com a parceria Estado x Setor Privado, inicialmente regulamentada através do Plano de Coordenação de Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, o Plano Nacional de Saúde do Ministro Leonel Miranda, e posteriormente em 1974, P.P.A, ambos instrumentos que regulamentam um novo discurso no interior do Estado, o discurso estatal privatista (LUZ, 1979).

No Maranhão, Sarney articula, em sua prática, no campo da saúde, três categorias básicas referenciais do seu governo:

a) a categoria **bem-comum**, traduzida, como a capacidade de decodificar ao público, em respostas concretas e oportunas, os desafios da realidade social. Nesse sentido, reafirma o que disse em seu discurso de posse: “um bom governo é aquele que melhora a sorte do povo e que respeita e faz respeitar as instituições, porque estas estão a serviço daquele e não de interesses pessoais ou grupais” (MARANHÃO. Governador. 1966-1970 (José Sarney), 1966, p. 12);

b) a categoria **desenvolvimento econômico**, uma vez que para ele a saúde pública contribui, no panorama do desenvolvimento econômico do Estado, para o aumento e garantia efetiva de aumento da mão-de-obra para os diferentes setores da economia (MARANHÃO. Governador. 1966-1970 (José Sarney), 1968).

c) a categoria **modernização**, posto que as deficiências operacionais e a incapacidade dinâmica são os pontos principais de estrangulamento identificados na Secretaria de Saúde e Assistência. Essa instituição, responsável pela elaboração e execução das políticas no campo da saúde, encontrava-se “atrasada”, apresentando resultados “lastimáveis”, distante do novo enfoque desenvolvimentista, preconizado pelos governos

militares. (MARANHÃO. Governador, 1966-1970 (José Sarney), 1966, p. 93)

Com vistas a selecionar tais estrangulamentos o governo passa a se orientar com base nas seguintes diretrizes:

- integração de esforços para a consecução de plano operacional integrado de saúde para o Estado;
- integração das atividades diárias, como pontos indissociáveis;
- centralização normativa;
- descentralização executiva;
- introdução do processo de planejamento em caráter integral, permanente e institucionalizado;
- mobilização operacional, no sentido de permitir adequada política de pessoal e mais rápida capacidade de decisão e execução, bem como possibilitar a incorporação da iniciativa e da cooperação privada.

Para operacionalizar essas diretrizes, o governo toma quatro medidas que se direcionam em sentidos específicos, mas articulados:

- reestruturação técnica da Secretaria, criando o Departamento de Administração, ao qual se subordina a Assessoria Técnica de Planejamento e Saúde, centralizando as atividades normativas;
- descentralização das atividades executivas com a criação da 1ª Região de Saúde em São Luís;
- privilegiamento da parceria com o setor privado, estabelecendo contratos e convênios para a manutenção de leitos em instituições particulares<sup>23</sup> e o apoio concreto aos hospitais filantrópicos, permitindo sua ampliação. Destaca-se, no período, entre as medidas desenvolvidas, a criação do ambulatório Kiola Costa, na Santa Casa de Misericórdia, com

---

<sup>23</sup> A relação leito/habitante no período era, segundo dados oficiais da Secretaria de Saúde: o total de 2.965.000 habitantes contava com 1341 leitos, sendo 585 públicos e 756 privados.

capacidade para 200 (duzentos) atendimentos diários; e a ajuda aos Hospitais: “São Francisco”, em Grajaú; “Regional São José”, em Balsas; e “Miron Pedreiras”, em Caxias;

- imunização da população para erradicação de viroses através de campanhas de vacinação: tríplice, anti-pólio e anti-variólica, esta última em 86, municípios.

A relevância do Governo Sarney, em relação ao campo da saúde, portanto, expressa-se pelo desenvolvimento de ações que começam a dar forma, no Maranhão, ao projeto assistencial-curativo, onde a articulação com a iniciativa privada e a expansão da máquina burocrático-institucional têm papel fundamental.

Em 1970, Sarney se afasta do governo para disputar a Senadoria, sendo substituído pelo vice, médico Antonio Jorge Dino, que inaugura um período sem grandes diferenças do que foi desenvolvido no período sarneysta, com exceção do incentivo mais sistemático à iniciativa privada

#### 2.1.4 O período pós-Sarney

Dos governantes que seguiram a Sarney, no Maranhão, o médico Antonio Dino (1970-1971), o professor e médico Pedro Neiva de Santana (1971-1975); João Castelo (1979-1981) e Ivar Saldanha (1981-1982), Luiz Rocha (1983-1987), Epitácio Cafeteira (1987-1991), João Alberto (1990-1991), Edison Lobão (1991-1994), José Ribamar Fiquene (mar/dez/1994) e Roseana Sarney<sup>24</sup>, apenas o médico Oswaldo Nunes Freire (1975-1978) não adveio das hostes sarneystas, mas do grupo vitorinista e, todos, com exceção de Rocha e Lobão, terminaram o mandato em oposição explícita ao grupo Sarney, não em relação a um projeto de sociedade, mas em termos de controle do governo.

No campo da saúde, o diagnóstico, feito pelo grupo de assessores do governador Neiva de Santana é revelador de que o processo

---

<sup>24</sup> Roseana Sarney filha de José Sarney exerce o mandato de governadora a partir de 1995.

de ruptura com as velhas estruturas de constituição da máquina administrativa favoreceu a reprodução extensiva da burocracia sanitária (regulamentos, organismos e quadro de pessoal), embora não haja tocado na própria questão social, em si.

A não correspondência do processo de ampliação da máquina estatal com o tratamento substantivo da questão saúde/doença é denunciada no Plano de Governo de Neiva de Santana (1971-1975), através dos seguintes dados:

- ocorrência de óbitos, sobretudo na zonal rural, sem assistência médica, figurando as suas causas como desconhecidas;
- a tuberculose (controlável através de assistência adequada e prevenível, através de medidas sanitárias) é a 2ª causa de mortes no Estado;
- o mal de hansen apresenta alta endemicidade, do ponto de vista da OMS, aparecendo em 1968 com um índice de 1,3 por 1000, o maior do Nordeste;
- os índices de mortalidade geral atingem 10,8 por 100 nascidos vivos enquanto os de mortalidade infantil chegam a 113,7 por 1000;
- a migração campo-cidade aumenta, em função da busca dos camponeses pelas condições de sanidade<sup>25</sup>.

Sem o saneamento básico aumenta a Doença de Chagas, na capital e no interior e, com a pobreza acentuada de famílias e grupos e a promiscuidade conseqüente, os óbitos por doenças transmissíveis chegam a 40% das mortes ocorridas no período, destacando-se as seguintes:

---

<sup>25</sup> Alguns estudiosos da realidade do Maranhão como HELUY (1990, p. 28), ASSELIN (1982, p. 129-135) e SILVA (1990, p. 7-10) entendem que Sarney criou as bases normativas que facilitaram a venda de terras devolutas do Maranhão e Pedro Neiva de Santana, fez com que as terras deste Estado passassem a ser vendidas a grupos do Sul através da COMARCO, provocando intensa migração, campo x cidade, pela expulsão dos trabalhadores da terra.

tuberculose, tétano, malária gastroenterites, febres tifóides e paratifóides, difteria e sífilis.

O Programa do Governo Neiva de Santana, para responder a essas questões tem cunho reformista e é traduzido em 06 (seis) subprogramas, que vão desde a reestruturação técnica da Secretaria de Saúde, passando pela especialização do pessoal técnico, até o incentivo à ampliação da rede privada.

A repetição de propostas assemelhadas desde o governo Paulo Ramos, no Maranhão, vai permitindo que se visualize a formação de um padrão da ação estatal, no campo da saúde, caracterizado por mudanças superficiais nas condições determinantes na relação saúde/doença e pela capitalização do setor privado com recursos públicos, a partir do governo Sarney, quando foram criadas as bases normativas iniciais, nesse sentido:

- O subprograma 1 – trata de reestruturação técnica da Secretaria de Saúde, com vistas a regionalizar a rede privada e intermediária, simplificando o trânsito burocrático e distribuindo os recursos do setor.

- O subprograma 2 – propõe-se estender a rede de serviços permanentes, de modo a que os serviços básicos de saúde atendam as quatro regiões de Saúde do Estado. Nesse sentido a comunicação criada estaria baseada numa rede de unidades desde as mais simples, mini-postos (unidades assistenciais) que se apoiariam em instâncias maiores, as unidades sanitárias (encarregadas das ações preventivas). Estas, por sua vez estariam assentadas na Unidade Integrada, localizada, cujo escopo seria prestar assistência básica e serviços de promoção e prevenção da saúde.

- O subprograma 3 – trata da preparação, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal para exercício das atividades de execução, direção, assessoramento e supervisão. Nesse sentido não só haveria preocupação com a qualificação do pessoal existente no meio, para aumentar sua eficiência, como na ponta, centrando-se a atenção nas

parteiras leigas para reduzir os índices de morte materna, sobretudo no meio rural.

- O subprograma 4 – relaciona-se ao desenvolvimento de campanhas profiláticas, com vistas a combater enfermidade como malária, lepra, esquistossomose, varíola, entre outros.

- O subprograma 5 – volta-se para educação sanitária, formando grupos direcionados para a atenção à educação ambiental e ao binômio materno-infantil.

- O subprograma 6 – preocupa-se com o apoio à iniciativa privada, que era justificada em razão dos custos crescentes da assistência médica; da necessidade de avançar em relação às técnicas de atenção à saúde; e da demanda por quantidade e qualidade dos serviços. Essa parceria, portanto, favorecia a extensão dos benefícios da atenção médica às populações não previdenciárias e sem recursos, evitando a duplicação de leitos e medidas.

Tal proposta constituiu-se, em verdade, na expressão local da opção política, que levou à capitalização do setor saúde, característica do governo militar, uma vez que, nesse governo, o Tesouro Estadual registra um aumento de 355% na receita do Estado.

Tal acordo se daria, do lado das instituições privadas, pela prestação de serviços e, do lado do Estado, pela disponibilidade de recursos para o financiamento dessas instituições, através do BDM, e pelo treinamento de pessoal auxiliar para aumentar a eficiência do setor.

Uma avaliação posterior dessa proposta, feita no Plano de Governo de Nunes Freire (1975-1978), aponta resultados satisfatórios apenas nos subprogramas que tratavam da Extensão da Rede de Serviços e do Treinamento de Pessoal. Os outros não lograram alcançar os fins pretendidos, a maioria por carência de recursos financeiros, passando, por exemplo, a Educação Sanitária, à atividade de rotina burocrática e a

articulação com o setor privado não se fortaleceu, nas dimensões propostas, por dificuldades no processo de remuneração dos serviços executados.

Dessa forma, a pretensão do governador Nunes Freire é de reafirmação do papel ativo do governo, permitindo um incremento ao desenvolvimento econômico, sem perder de vista uma maior distribuição de benefícios sociais. Articula-se, assim, ao que preconiza o II PND, que propõe a execução de uma Política Social articulada à política econômica, mas com objetivos próprios.

No setor saúde, “nesse quadro sanitário deficiente”, a ação governamental seria dirigida para medidas de controle às doenças transmissíveis, com atendimento a problemas coletivos e para a melhoria das condições de nutrição da população de baixa renda, sobretudo o grupo mais vulnerável: gestantes, nutrizes, lactentes e pré-escolares.

Faz-se necessário compreender a ação governamental no Maranhão, no período pós-64, e a preocupação do Estado em expandir e modernizar a máquina burocrática e institucional local, criando serviços, departamentos, programas, secretarias e, ao mesmo tempo, centralizando esse aparato, através da ação programática ligada ao governador, através de Instituições planejadoras, no contexto da vigência de um Estado militar-empresarial que tinha a Política Social, cada vez mais, como fonte de legitimação.

Realmente, o próprio processo de desenvolvimento, que foi sendo gestado, com a urbanização acelerada e o desemprego crescente, fazia acentuar a questão social, trazendo as demandas para o interior do Estado, acionando forças desagregadoras do equilíbrio político, necessário para a manutenção do poder. Nesse sentido, torna-se fundamental reconhecer direitos e regular alguns canais de participação, como alternativas ao fechamento dos espaços tradicionais (partidos, parlamento etc.). Isto é

viabilizado através da Política Social, que passa a ser esse instrumento agregador.

De um lado, portanto, a Política Social manifesta-se como expressão dessa preocupação governamental, com o reconhecimento de direitos, com o bem-estar geral, ao repassar recursos materiais e serviços aos demandantes, através de instâncias específicas, representadas pelo Ministério de Saúde, Educação, Trabalho e Previdência Social, mesmo que uma análise mais detalhada do seu perfil, no período, identifique sua ineficiência em relação ao atendimento do montante das demandas.

Por outro lado, ela se constitui como um instrumento por onde fluem as queixas e reivindicações da população que se dirigem a técnicos especialmente treinados para redirecionar o sentido e o conteúdo desses argumentos, apresentando soluções viáveis frente aos interesses mobilizados.

A forma de organização dessa máquina exclui os trabalhadores, contribuintes majoritárias do sistema, das decisões e da gestão do setor, permitindo-se que os interesses de setores privados da economia estejam superpostos aos “interesses gerais” da sociedade. No campo da saúde, essa ação é exemplificada pelo estímulo estatal à ampliação da rede privada de serviços de assistência médica e ambulatorial e à da produção e comercialização de equipamentos e de produtos farmacêuticos. A estratégia utilizada que se expressa pelo repasse de recursos públicos, a essa rede, através de convênios e contratos com o setor público, provoca não só o empresariamento da atenção médica, como a medicalização da sociedade, com a exclusão dos saberes construídos em saúde fora do locus oficialmente reconhecido.

A expansão do aparelho de Estado do Maranhão, no período pós-64, no que concerne ao tratamento da questão social, com a ampliação do aparato burocrático-institucional, pode ser visualizada, portanto, a partir de três patamares:

– Um mais amplo que coloca a proteção social como forma de política pública, relacionada à constituição da moderna Nação-Estado, no contexto do desenvolvimento do modo de produção capitalista. Nesse sentido, a organização da Política Social brasileira, espelhando essa peculiar forma de regulação do capitalismo, adaptada ao movimento geral das forças sociais em presença, nas formações sociais particulares, adquiriria formatos específicos.

Assim, enquanto na Europa Ocidental, tal proteção assume um cariz universal e redistributivo, no Brasil tomaria, segundo DRAIBE E AURELIANO (1989) uma feição meritocrático-particularista, visto que a qualificação dos indivíduos e sua inserção, como parte do contexto de proteção, se dá pelo mérito profissional. Remonta tal acepção à idéia já referida, neste trabalho, de cidadania regulada, tratada por SANTOS (1987) onde o conceito de cidadão é reservado às pessoas, cujas ocupações são reconhecidas e definidas a nível de legislação, implementando-se direitos sociais de forma estratificada, configurando-se uma política social dirigida aos pobres e outra aos ricos.

– O segundo patamar se refere à necessidade particular de manutenção de um tipo de governo autoritário, constituída portanto, com base em decisões verticais, tomadas à revelia da maior parte da população, em contraposição, à referida Nação-Estado moderna, que se sustenta na existência, não só de generalidades básicas (moeda, língua e lei), mas também num entendimento amplo de cidadania, na acepção marshalliana do termo (configuração de direitos civis, políticos e sociais aos indivíduos, pelo seu pertencimento à nação).

– O terceiro patamar a ser considerado, é a necessidade de manutenção, no poder do Maranhão, da corrente política que substituiu o vitorinismo - o sarneísmo, que passa a ocupar, não só o aparelho de Estado através de governadores indicados/eleitos e seus grupos de confiança, como também os hiatos não diretamente ligados ao aparato

governamental, utilizando para isso os meios de comunicação de massa, cujos aparatos são, pouco a pouco, apropriados, no Estado<sup>26</sup> por esse grupo, além de outros mecanismos favorecedores, num mesmo movimento, da sua manutenção no poder e da exclusão de todos os grupos opositores.

As práticas desenvolvidas, para a manutenção desse tipo de poder, aproximam-se do modelo tradicional de autoridade, sustentadas na lógica patrimonial de controle, que se gesta através de redes pessoais e afetivas: aumentam-se, governo após governo, os cargos de confiança e amplia-se o quadro de pessoal, favorecido pela estabilidade, a partir de 2 anos de exercício pelo servidor, definida pela Lei delegada nº 36 de 15 de outubro de 1965.

Por outro lado, é parte da constituição do moderno Estado-Nação a ruptura com esse modelo de autoridade, isto implica que, para se manter no compasso da modernidade, necessário se faz proteger os arranjos tradicionais com uma cobertura de cunho racional-legal.

Tal capa, todavia, não tem conseguido fazer com que se rompa a lógica cartorial do Estado que, historicamente, vem garantindo, no contexto da sua máquina, posições adscritas e privilégios a muitos agentes que, convivendo, lado a lado, com outros, submetidos aos mecanismos regulares da burocracia, na verdade obedecem à lógica afetivo-clientelista.

Isso porque, agentes protegidos e não-protegidos estão coesos em torno de um projeto pessoal: a manutenção do emprego público, mal remunerado, mas garantido, em um contexto cada vez mais recessivo. Fica estabelecido, assim, um certo “pacto de solidariedade” às medidas tomadas, onde o sabido só é dito com reservas.

No período que antecede à Reforma do Sistema de Saúde, portanto, verificou-se um movimento cumulativo que constituiu uma

---

<sup>26</sup> O grupo Sarney é proprietário hoje, segundo dados da Revista Carta Capital nº 13 de agosto de 1995, p. 21: da TV Mirante e de quatro emissoras de rádio em nome dos filhos, duas TV's Itapecuru e Imperatriz, de mais três emissoras de rádio que, embora em nome de terceiros, têm o mesmo endereço da TV Mirante, e, do jornal “O Estado do Maranhão”.

*burocracia sanitária*, tingindo-a com o *ethos* racional-legal, uma vez que não só estão regulados os mecanismos de entrada, exercício e saída do serviço público, como a ação cotidiana passa a ser fundada em presunção de competência técnica do funcionário e em relações de impessoalidade. Essa modernização burocrática, porém, é enxertada por relações tradicionais, uma vez que a base legitimadora da ação do poder público é constituída basicamente de mecanismos clientelistas e fisiológicos.

Ao mesmo tempo, o tratamento historicamente dado à questão saúde/doença, não foi capaz de produzir impactos substantivos sobre a saúde da população, atuando sobre os fatores essenciais, responsáveis pela produção das doenças como a educação para a saúde, o saneamento básico, a alimentação balanceada, a vacinação, as mudanças na relação médico-paciente, a vigilância epidemiológica, entre outros. Nesse primeiro momento o caminho apontado foi o de mudanças do modelo assistencial do país, o que se configurou, formalmente, com a Reforma Sanitária, tratada no item 3 deste trabalho.

Os itens subsequentes apresentam um perfil diferenciado deste. Neles, a ênfase é dada ao movimento em prol da Reforma Sanitária e à sua institucionalização em geral, e no Maranhão, especificamente. As ações dos governadores João Castelo, Ivar Saldanha, José Ribamar Fiquene, João Alberto, Edison Lobão e Roseana Sarney não aparecem, portanto destacadas, mas diluídas nesse processo. Isto porque elas revelam uma mesma lógica orientadora que é a operacionalização dos princípios reformadores, no campo da saúde.

### **3 A REFORMA SANITÁRIA NO MARANHÃO: o movimento pró-Reforma e as mudanças burocrático-institucionais efetivadas**

#### **3.1 A constituição do campo da saúde no Brasil pós-64**

A partir de 1964, verifica-se no país uma redefinição das relações Estado/Sociedade, com a recomposição da estrutura de poder, ganhando hegemonia os grupos formados pelo empresariado nacional e internacional com o apoio dos militares. A aliança desses grupos tinha, como escopo, garantir a consolidação do capitalismo monopolista no país, desbancando a alternativa distributiva, defendida por João Goulart.

Para viabilizar esse objetivo, era necessário romper os pontos tidos como responsáveis pela crise no país que se expressava, a nível econômico, pelo declínio das taxas de crescimento, pelo déficit do setor público e pela inflação acentuada, com seus reflexos impressos nas áreas ditas sociais: saúde, educação, habitação, previdência, entre outros.

A questão, que se colocava, portanto, era como criar mais empregos para atender as demandas provocadas pela expectativa de consumo, sobretudo das populações urbanas, aumentando, ao mesmo tempo, a produção.

Segundo SANTOS (1987), a solução encontrada foi a de transferir a delimitação do piso salarial para o arbítrio das autoridades financeiras (Lei nº 4725 de 13/07/1965). Essa estratégia, ao mesmo tempo, que esvaziou a justiça do trabalho, retirando do operariado sua forma de luta pela melhoria da distribuição da renda nacional, reforçou a dimensão regulada da cidadania ao incluir nela, também, o salário que passou a ser definido de forma independente das forças do mercado.

As conseqüências desse processo, a curto prazo, foram positivas para o objetivo da acumulação. Mas, a médio prazo, o controle salarial, reprimindo a capacidade aquisitiva de significativa parcela da população, associado à ação restritiva do Estado, em termos de políticas preventivas, influenciou negativamente no que concerne às condições de vida da população, aumentando as demandas sociais por compensação. Tais demandas, após abertos os canais de participação, na década de 70, explodiram em formas de lutas por ganhos concretos, expressos em desenhos de reformas gerais,

ou em campos específicos, como foi o caso do Movimento Sanitário e outros que a ele se articulavam, na área da saúde.

No contexto referido anteriormente, porém, ao mesmo tempo em que a sociedade é desmobilizada, o Estado formula estratégias que lhe permitem enfrentar a gama de problemas acumulados. Para tanto são criadas, expandidas e especializadas instituições desconectadas, muitas vezes, das demandas gerais da sociedade.

É nesse contexto sócio-político que situamos os dois fatores, aqui considerados como estruturalmente imbricados nos movimentos, que consolidam o campo específico da saúde, no período pós-64:

- O primeiro desses fatores é o processo de industrialização que se desenvolveu no país. Tal processo, se analisado em confronto com países do capitalismo avançado, manifesta diversidades, tanto nos caminhos trilhados, quanto nos resultados alcançados. Nessas nações, houve preocupação em estabelecer certa sintonia entre o desenvolvimento econômico e a criação de vias para canalização das demandas, com reflexos positivos no campo social, em termos de trabalho e redistribuição da riqueza, conformando-se um quadro nosológico que substitui “doenças de pobreza” por outras “próprias” do desenvolvimento.

No Brasil, por outro lado, a industrialização acelerada e o crescimento econômico conseqüente, refletiram-se, no setor saúde, em termos relativos, positivamente pelo aumento da expectativa de vida e pela criação de uma certa consciência sanitária mas, negativamente, como não possibilitou a distribuição de riqueza e a construção de canais de participação, permaneceram inalteradas as condições de vida (alimentação, renda, moradia, etc) e, conseqüentemente, o quadro nosológico sofreu alterações negativas, para parcelas significativas da população, reproduzindo, em alguns casos, cenários desanimadores semelhantes aos das sociedades européias do início da industrialização.

O quadro nosológico, forjado no Brasil, então, passou a se constituir da adição de doenças tidas como próprias da realidade da pobreza, com enfermidades consideradas subprodutos da opulência. Aliam-se aqui:

a) doenças infecto-contagiosas e carências (gastroenterites, raiva humana, tuberculose, malária, entre outros), controláveis, mediante a utilização de medidas de saneamento básico, higiene ambiental e pessoal, melhoria nas condições de vida e utilização racional de recursos tecnológicos existentes, e

b) doenças metabólicas e degenerativas, decorrentes de má utilização dos recursos naturais, dos tipos e condições de trabalho inadequados, dos stress da vida urbana, da alimentação excessiva ou incompatível com as condições de vida e trabalho, as quais podem ser acentuadas em função da pobreza e da fome (doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer, doenças do sistema nervoso, etc. )

- O segundo fator determinante na configuração do campo de saúde, é a incorporação do Brasil no contexto do capitalismo internacional. Tal passagem se deu pelo alto e foi, historicamente, infiltrada por conjunturas explicitamente autoritárias: pós-37 e pós-64.

Nessas conjunturas, as burocracias civil e militar tiveram um papel preponderante, não só na mediação como no próprio exercício direto do poder, aliando-se com grupos oligárquicos e burgueses. Na conjuntura pós-64, há um claro compromisso com um processo de modernização conservadora, no qual são refuncionalizados traços típicos de estruturas de dominações tradicionais, como o corporativismo, o paternalismo e a cooptação.

O Estado, gestado sob a direção desses grupos, teve suas funções ampliadas, com intervenções em todos os campos da vida social: desde a economia, até a cultura, estabelecendo, com a sociedade e o mercado, vínculos técnicos, o que empresta à burocracia um cariz de

agente político, cuja praxis se dá na relação direta com agências corporativas, de grupos empresariais e trabalhadores organizados. Tal modo de organização punha em desvantagem não só os consumidores, mas também, os produtores e usuários de serviços, sem vínculos corporativos, os quais não conseguiam ter peso na formulação e na gestão das políticas públicas.

Para GOUVÊA (1994, p. 80) tal Estado era

*“um Estado administrativo que procurava falar a língua racional-legal, com a montagem de aparelhos modernos, com a implantação de carreiras em bases meritocráticas, com a classificação de cargos. Era um Estado que criava uma burocracia, procurando incorporar pessoas da nova classe média urbana [...] mas era um Estado que não resistia às pressões clientelistas e que para impor o seu poder de dominação, usava, sem medo, estratégias informais como a criação de uma estrutura administrativa paralela ou de inúmeros cargos “extra numerários” para atender aos crescentes pedidos de emprego”.*

As tensões e contradições desse período provocam demandas que se manifestam de diferentes formas. No setor Saúde, elas aparecem ora de forma individual e esparsa, ora de maneira sistematizada, através dos movimentos sociais.

No que diz respeito ao primeiro grupo, as reivindicações aparecem sob a forma de busca pela condição de sanidade: a cura da enfermidade e de suas seqüelas. Isto representa a procura por leitos hospitalares, por consultas ambulatoriais, por atenção médica, por medicamentos, por assistência odontológica e por outros programas complementares.

As demandas advindas do movimento social se fundamentam em concepções teórico-políticas que se encaminham, sobretudo, no sentido de recuperar a condição de cidadãos aos demandantes do setor, o que significa a exigência de sistematização de respostas públicas como direitos inerentes aos indivíduos, pelo seu pertencimento à nação e o entendimento de que os indivíduos são sujeitos do processo saúde/doença.

Nesse sentido, o grupo organizado entende que o Estado deve possibilitar o aumento da capacidade profissional de intervenção sobre a

doença; a adaptação das instituições médicas e das terapias, às exigências individuais; a revalorização do diagnóstico; e a priorização da saúde e da vida em relação ao lucro e ao poder dos profissionais da área.

As respostas às demandas formuladas no campo da saúde são expressas sob a forma de práticas alternativas ao saber oficial, construídas, por grupos, no interior da sociedade mas, sobretudo, são exigidas como respostas oficiais do Estado que, ao se articular, também, com o mercado, cria as políticas de saúde. Historicamente, no país tais políticas exprimem-se em medidas coletivas ou em assistência individual que tem sido priorizada. Neste último caso, a atenção à saúde é desenvolvida através de atos médicos, com a participação de outros profissionais como enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, etc. situados:

a) ora no espaço ambulatorial que, segundo VALE (1980, p. 20), é aquele onde tratamentos de crise são realizados, objetivando recuperar o indivíduo e selecionar os casos mais graves que são enviados ao hospital;

b) ora no espaço hospitalar que, na concepção de MELO (1978, p. 176) é um lugar de isolamento do sujeito desviado, comunidade fechada que, muitas vezes, acaba transformando o estado potencial de doença em uma progressiva degradação de condição psicofísica.

Na conjuntura pós-64, segundo JAGUARIBE et al (1990, p. 238-239), também são redirecionados os principais eventos causadores de morte, no país, os quais podem ser agrupados em seis blocos, por sua prevalência:

a) doenças do aparelho circulatório, responsáveis por cerca de 30% dos óbitos, nas diversas regiões do país, excetuando-se apenas na região Norte;

b) doenças infecto-contagiosas e parasitárias, respondendo por 15% das mortes, entre elas, as gastroenterites das mais diferentes

etiologias, doenças do aparelho respiratório, tripanossomíases, septecemias e sarampo;

c) neoplasias malignas, sendo as mais comuns os tumores de estômago, pulmões e esôfago, nos homens e do útero e mamas nas mulheres;

d) grupo constituído por causas externas: acidentes, suicídios e violências de um modo geral;

e) doenças do aparelho respiratório, principalmente pneumonia, em crianças e na população senescente;

f) doenças perinatais, a partir de causas ligadas à gestação e às condições de nascimento da criança.

O modelo de atenção à saúde, que se configura, nessa mesma conjuntura, é revelado pelos seguintes elementos:

a) pelo privilegiamento dos atos de cura, em detrimento dos atos de promoção, prevenção e reabilitação;

b) pelo financiamento das ações individuais de saúde, com recursos previdenciários;

c) pela transferência de recursos do fundo público a frações do capital, situadas no campo de saúde, para a prestação dos serviços demandados;

d) pela marginalização das práticas sanitárias e das alternativas construídas fora do circuito das instituições, tidas como o locus específico do saber médico verdadeiro, sobretudo os hospitais. Tais práticas ora são caracterizadas como “irracionais” frente as novas demandas, ora como fraudulentas, ora como desnecessárias.

É, justamente, no hospital que a prática médica passa a ser centralizada na conjuntura pós-64. A partir daí, a racionalidade que orienta essa instituição se pauta por duas características básicas:

- pela composição de interesses empresariais com interesses de corporações profissionais, adaptando-se a oferta às demandas dos diversos segmentos de usuários, ora simplificando-se, ora sofisticando-se os procedimentos.

- pela permanência do sistema dual de autoridade: com o **corpo médico** a relação é horizontal, obedecendo ao sistema de negociação na tomada de decisões; com o **corpo paramédico**, responsável pelo desenvolvimento de ações complementares, a relação é verticalizada.

Tal modelo atende ao objetivo de integração das instituições de saúde à perspectiva desenvolvimentista do modelo econômico brasileiro, apresentando as seguintes características que, segundo LUZ (1979. p. 14), é a essência da sua racionalidade:

a) utilização, no discurso médico, das categorias centrais da economia, tais como produtividade, racionalização dos recursos, crescimento e planejamento.

b) centralização dos organismos, que lidam com a questão saúde-doença, através de um processo de unificação dos serviços, sendo eliminados os órgãos e instâncias intermediárias, capazes de interferir no movimento.

c) controle dos recursos por organismos técnicos, localizados, estrategicamente, nos altos escalões da burocracia institucional. A face moderna do modelo é expressa pela presença de funcionários treinados na aplicação de técnicas de administração e planejamento, porta-vozes de uma racionalidade científica, superposta à organização de interesses grupais ou de classes. Tais tecnocratas monopolizam a dotação, a manutenção e a distribuição dos recursos, corporificando a passagem da retórica à materialidade da prática institucional.

O modelo de saúde desenvolvido na década de 70, portanto, estava assentado segundo MENDES (1993, p.24) no seguinte tripé:

- a) Estado – financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) Setor privado nacional – maior prestador de serviço de atenção médica;
- c) Setor privado internacional – maior produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

A articulação, que se estabelece entre Estado e mercado é expressa por convênios, contratos e credenciamentos para a produção e distribuição de medicamentos, equipamentos específicos e serviços médico-hospitalares, estruturando-se uma rede privada, dependente do setor público. Tal espaço passa a se constituir campo viável de investimentos, com rentabilidade a curto prazo, o que viabiliza a formação de um complexo médico-hospitalar de grande porte.

Um aspecto significativo dessa articulação entre Estado e mercado é a mediação que a burocracia estabelece. Nela se corrompe a lógica da impessoalidade nas relações: os gestores públicos são os próprios agentes do setor privado e os regulamentos e normas criados visam, sobretudo, o favorecimento dos seus próprios interesses. Nesse sentido são, praticamente, eliminados os limites distintivos entre as esferas pública e privada, movimento que é feito através de parcerias heterodoxas, onde os membros do pacto não partilham de condições iguais.

Esse movimento tendo por referência o conceito de seletividade estrutural de OFFE<sup>27</sup> (1984, p. 147-177), marca a natureza ou classe do Estado: a seleção entre os elementos que devem ser incorporados na agenda pública, são determinados, em última instância pelos interesses do setor privado, sobretudo nesse caso, quando estão fechados os canais de

---

<sup>27</sup> Offe (1984), se refere aos mecanismos seletivos que relacionam a estrutura interna do Estado e a esfera da acumulação: através da seleção negativa há uma exclusão sistemática dos interesses anticapitalistas pelas instituições estatais; por meio da seleção positiva as instituições elegem, dentro do espectro de alternativas sobranes aquelas que favorecem os interesses do capital em geral, em detrimento daquelas referidas aos grupos locais e particulares de capitalistas; mediante o mascaramento das instituições mantêm uma aparência de neutralidade, enquanto as alternativas anticapitalistas são sistematicamente marginalizadas.

participação, não permitindo o debate para reformular a pauta de seletividade, fato que permite a livre tomada de decisões pelas elites burocráticas.

Outra consequência desse estreitamento de relação com o mercado, no campo de saúde, é a mercantilização da medicina, o que induz o profissional a buscar no demandante algo que redunde em lucro: cultivo de alguns tipos de doentes crônicos, sobretudo na área da psiquiatria, cirurgias desnecessárias, exames complementares numericamente exagerados, substituição da assistência domiciliar pela lógica hospitalocêntrica.

Da mesma forma, há uma distribuição desigual de serviços por classes, grupos e regiões, além do aumento dos atos de cura, em detrimento dos atos de promoção, prevenção e reabilitação, já que aqueles dão resultados financeiros maiores e mais rápidos. Por outro lado, com a crise do ‘Milagre Brasileiro’, aumentando o desemprego e a redução consequente dos recursos da Previdência, fonte básica de financiamento da saúde, esta é marginalizada, uma vez que seus gastos são tidos como residuais em relação aos benefícios previdenciários.

Outra consequência prática, resultante da ausência de controle coletivo sobre as decisões tomadas, com o aumento do setor privado, foi, de um lado, a incapacidade crescente das instituições oficiais em dar respostas às demandas multifacetadas que para ali fluíam e, de outro, a presença, cada vez mais acentuada, de fraudes, desordens e corrupção na esfera pública e nas relações público/privado.

### **3.2 O movimento pró-Reforma Sanitária no Brasil e no Maranhão e a institucionalização das conquistas**

No, cenário esboçado no item anterior, dois sujeitos sociais se destacam em razão das propostas sistematizadas que apresentam como alternativas ao modelo de saúde então vigente: a Burocracia Estatal e o Movimento Sanitário. A primeira já se havia sobressaído enquanto força relevante, ao apresentar, como alternativa à crise da Previdência Social, políticas de reestruturação do setor Saúde, como o P.P.A de 1975, que se constitui, um marco definitivo da tendência de absorção da assistência à saúde pelo Ministério da Saúde (VIANA e CASTRO 1993, p. 20).

O Movimento Sanitário é o segundo agente que se destaca, constituindo-se como um sujeito político coletivo (COUTINHO, 1989) cuja base inicial é formada por intelectuais, advindos das lides acadêmicas e da ação no campo da saúde e cujo escopo é a implementação da Reforma Sanitária<sup>28</sup>.

Para o Movimento Sanitário, a saúde é entendida como um bem público, mas em oposição ao sentido de público enquanto coisa que, por não “ser de ninguém”, pode ser reapropriada por qualquer um, com poder suficiente, de diferentes maneiras, no jogo de interesses. Publicizar a saúde é o mesmo que democratizá-la, portanto, o que se “antagoniza com a sistemática e institucionalizada pilhagem dos cofres públicos por parte dos interesses da medicina privatista, da rede hospitalar (privada e pública), dos grandes laboratórios e até mesmo das universidades” (DÂMASO, 1989, p. 70)

FLEURY (1989) aponta 3 vertentes desenvolvidas pelo movimento em sua atuação:

---

<sup>28</sup> De acordo com FLEURY (1989, p. 204) o movimento sanitário tem suas raízes nos primeiros anos da ditadura militar, mas é a partir de 1975, com os claros sinais de esgotamento do modelo econômico desenvolvido no país, que ele começa a tomar forma.

a) a sistematização de um espaço de saber - o campo da saúde coletiva;

b) a sistematização de espaços de práticas alternativas, constituídos por projetos experimentais e comunitários;

c) o desenvolvimento de um trabalho de difusão ideológica, com vistas à construção de consciência sanitária, tendo como ponto de referência o CEBES, criado em 1978.

A dinâmica desse movimento expressou-se, também, pelo desenvolvimento de três estratégias básicas:

a) a politização da questão saúde/doença que teve seu ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde que, rompendo com a estrutura das outras conferências, permitiu a participação de entidades representativas do movimento popular. Nela são processadas as principais propostas do movimento;

b) sistematização de mudanças na legislação vigente, explicitada na formação da Plenária das Entidades de Saúde que teve papel preponderante na garantia do texto Constitucional de 1988;

c) alterações nas práticas efetivas e no arcabouço das instituições estatais.

Nesse processo, a Burocracia Estatal aparece ao Movimento Sanitário como um sujeito social acessível ao estabelecimento de alianças, com vistas à efetivação da Reforma Sanitária proposta. Isto em razão da atitude reformadora<sup>29</sup> assumida por segmentos dessa organização; da sua importância progressiva como um locus efetivo na tomada de decisões e, conseqüentemente, na definição das políticas, à proporção que se encontravam achatados os mecanismos clássicos de participação no país.

---

<sup>29</sup> GALLO e NASCIMENTO (1989, p.109) rechaçam o termo reformismo quando se trata da Reforma Sanitária, uma vez que para eles tal termo está referido a uma ação com o fim em si mesma, perdendo a perspectiva de superação, que estaria presente em outra expressão “atitude reformadora” por isso mesmo considerada mais adequada à situação.

Para LUCHESI (1989) a realidade brasileira, de então, apresenta uma grande similitude ao que foi teorizado por POULANTZAS (1985, p. 260) quanto ao fenômeno de fortalecimento da instância executiva do Estado, na fase do capitalismo monopolista quando “a burocracia estatal sob a autoridade das cúpulas do executivo, tornou-se não só o lugar, mas o principal agente de elaboração da política estatal”. No Brasil “o circuito das decisões, por onde transitam inclusive os parlamentares, se localiza nas cúpulas do Executivo”. (LUCHESI, 1989, p. 175)

As postulações do Movimento Sanitário começaram a adquirir maior projeção a partir de 1975, com a reunião promovida pela Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados. Sua entrada na agenda pública, entretanto, se deu em razão de duas razões fundamentais:

- a inadequação do modelo de saúde instituído à realidade sanitária do país: a prática médica encontrava-se incapaz de alterar os perfis de morbi-mortalidade vigentes; os custos crescentes inviabilizavam sua expansão; a ausência de critérios para a compra de serviços era incompatível com a ação racionalizadora da rede privada e a insatisfação geral era incômoda aos militares no poder que, com o regime em crise, precisavam buscar bases de legitimidade na sociedade (FLEURY, 1989).

- a generalização, a nível internacional, sobretudo após a Conferência de Alma Ata, em 1978, do princípio ético de que a saúde é socialmente determinada e de que, portanto, as condições de moradia, educação, alimentação, assistência médico-hospitalar e odontológica, lazer entre outros, inscrevem a saúde como um direito inderrogável, irrenunciável e indisponível.

SCOREL (1989, p. 184) alude ao fato de que, no Brasil de então, mesmo havendo dissenso quanto à maneira de distribuição dos serviços médico-hospitalares, a saúde, em si, já era “um elemento potencial de consenso”. Dessa forma, mesmo que alguns setores preconizassem um processo de democratização autofágica, com os usuários sendo apenas

objetos e não agentes das políticas, as propostas do Movimento Sanitário tinham um, espaço fértil para frutificar, uma vez que se fazia necessário, já, operacionalizar um modelo assistencial de baixo custo, para atender aos excluídos do modelo assistencial privatista vigente.

### 3.2.1 O movimento pró-Reforma Sanitária do Maranhão

A emergência do movimento Sanitário coincide no Maranhão, com a gestão do governador, Oswaldo Nunes Freire (1975-1978) que sucede a Pedro Neiva de Santana (1971-1975) num processo político conturbado. Sua ascensão, ao poder institucional, no Estado, decorre de uma articulação que conta com a participação de Vitorino Freire, opositor do grupo Sarney. Sua posição de manter-se afastado do referido grupo, adotando uma linha de independência, é manifestado (pela disposição não concretizada) de não apoiar os grupos econômicos, do centro-sul e estrangeiros, “protegidos” por Sarney e aqui instalados (ASSELIN, 1982, p. 140). Apesar disso, defendia um papel ativo na articulação do governo com o setor privado como fator de contraposição ao subdesenvolvimento.

A decisão de incentivar a iniciativa privada com recursos públicos que aparece no campo da saúde, nos governos de Sarney e Pedro Neiva de Santana, é reforçado nos governos posteriores, respondendo a uma política de âmbito nacional. Foi assim com Nunes Freire (1975-1978), com João Castelo (1979-1983), Luis Rocha (1983-1987) e Eptácio Cafeteira (1987-1991). Embora não tenha ocorrido mudanças substantivas, a partir de 1988, com a nova Constituição e com as Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, há um novo redirecionamento a essa ação governamental, como veremos no item 4 deste trabalho.

A nível econômico, evidencia-se, se comparadas, as década de 70 e 80, no Maranhão, um crescimento que, em alguns momentos, supera a média nacional. Pelos dados relatados no Plano de Governo de Eptácio Cafeteira, a taxa real de crescimento do PIB, tomando como exemplo 1984, foi de 8,8%, enquanto a média nacional foi de 1,8%.

Esse crescimento, todavia, não correspondeu à melhoria nas condições de vida da maioria da população, à medida em que as relações sociais desenvolvidas continuaram a favorecer um processo de concentração acentuada da riqueza produzida, favorecendo alguns grupos.

De acordo com o diagnóstico feito no citado Plano do Governo Cafeteira, verifica-se em decorrência desse processo, na década de 80, neste Estado:

- o empobrecimento do setor rural com a expulsão dos trabalhadores do campo;

- o agravamento do problema da propriedade da terra produtiva, com a intensificação da grilagem e dos conflitos pela posse da terra;

- a acentuação das disputas pelo solo urbano, particularmente nas cidades de maior porte, e a proliferação de palafitas e habitações sub-normais, registrando-se que dos 4.476.389 habitações, cerca de 2.835.660 moravam em casas rústicas das quais 81% encontravam-se na zona rural;

- ampliação do déficit entre a oferta e a demanda por serviços públicos;

- grande concentração de famílias ( cerca de 70% ) com renda mensal de até 2 salários mínimos ( excluindo-se as sem rendimento ), excetuando-se apenas a micro-região de Imperatriz com cerca de 57% e São Luís com mais ou menos 50%;

- atendimento precário de água, esgoto e lixo doméstico, registrando-se apenas 7,7% de domicílios urbanos ligados à rede de esgoto, 80% dos domicílios rurais e 54,4% dos urbanos com lixo lançado em terrenos baldios ou córregos, acarretando proliferação de roedores e insetos, poluição da água e, conseqüentemente, alta incidência de doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho digestivo, além de elevados índices de mortalidade geral e infantil.

Para ratificar essas conclusões, os formuladores do Plano de Governo Cafeteira apoiam-se em dados originários da SUDENE. Nele é registrado que a participação maranhense no Nordeste e no Brasil, que já vinha caindo, relativamente ao indicador “qualidade de vida”, saiu de 53,8% e 24,7% em 1980 para 44,9% e 24,6% em 1984 (MARANHÃO. Governador. 1987-1991 (Epitácio Cafeteira) 1987).

Para os entrevistados da ASP, no Maranhão, a emergência do ideário que, posteriormente, se avoluma, articulando-se com outros movimentos nacionais para dimensionar a Reforma Sanitária, se manifesta, mais diretamente, num movimento que veio do interior para São Luís, através de agentes ligados às Comunidades Eclesiais de Base e a partidos políticos, à época, clandestinos (PCB e PC do B), assumindo portanto, características específicas.

Tais sujeitos sociais desenvolviam no interior, trabalhos com parceiras leigas e com moradores do local, acerca do plantio de hortos medicinais e de práticas alternativas de saúde. Aproveitavam, portanto, a condição de indigência dos moradores e de seu não-acesso à assistência médico-hospitalar para recuperarem o saber popular, através da utilização mais racional dos recursos existentes na localidade. Ao mesmo tempo, desenvolviam um trabalho, de natureza político-ideológica, ao desvelarem, no contexto da discussão sobre a relação saúde/doença, as causas estruturais desse processo, decodificando, em linguagem inteligível aos camponeses, as relações de exploração inerentes ao capitalismo, enquanto modo de produção.

Admitiam, ainda, tais sujeitos sociais, o desenvolvimento de processos reformadores como estratégia para descobrir coletivamente caminhos próprios (brasileiros), para uma ruptura com o modo de produção vigente, veio que permitiu a articulação de sua prática com a da FASE. Tal instituição, a partir de 1975, passou a desenvolver um trabalho junto a populações migrantes do campo, habitantes da periferia de São Luís, em

termo da questão da moradia e da saúde, incorporando-as ao movimento pelo custo de vida e ao trabalho de cunho político-partidário, desenvolvido com vistas a possibilitar a eleição de candidatos tidos como capazes de defender, no Parlamento, plataformas que, no contexto político eram tidos como “de esquerda”: luta por direito civis, políticos e sociais.

Segundo os entrevistados da ASP, a ação conjunta da FASE, do MOPS e, posteriormente da própria ASP, da Igreja Católica, de alguns Conselhos Regionais e Sindicatos, passa a desenvolver-se, no que concerne ao campo específico da saúde, através de medidas concretas. Essas medidas se revelam em forma de campanhas contra as drogarias que vendiam medicamentos divulgados como legalmente proibidos. Com essas campanhas, “aproximavam”, as farmácia locais das multinacionais, tidas como instituições do Primeiro Mundo, exploradoras de nações Terceiro-mundistas.

As medidas adotadas pelas instituições, mencionadas no parágrafo anterior, tinham como perspectiva ainda: a luta em favor de uma medicina mais aproximada do consumidor, distanciada da lógica hospitalocêntrica; e a luta em prol do princípio de universalidade da atenção à saúde, como direito de cidadania, em oposição ao atendimento por critérios meritocráticos.

No processo que desencadeou a Reforma Sanitária, a nível do Estado, destacam-se, como importantes medidas institucionais, a reformulação da estrutura da Secretaria de Saúde, pela Lei nº 4039 de 03/04/1979, a criação do Sistema Estadual de Saúde, através do qual foi posto em funcionamento o Conselho Estadual de Saúde, e a substituição dos treze Distritos Sanitários por dezoito DARES.

A nível local, os agentes, envolvidos no processo de reforma do Sistema de Saúde, embora fizessem questão de marcar as diferenças internas, entre a ação do Estado e do Movimento Sanitário, defendiam a negociação com os representantes estatais. Tal pacto todavia, deveria ser

feito, não especificamente com as elites burocráticas, mas com funcionários dos escalões intermediários que se dispunham a contribuir, sobretudo, através de duas maneiras:

a) pela discussão dos elementos constituintes de uma concepção ampliada de saúde;

b) pelo repasse de informações sobre os recursos públicos existentes e a destinação a eles dada pelas elites do setor. Nessa mediação, a documentação disponível e as informações dos entrevistados evidenciam como presenças importantes, os funcionários públicos (acessíveis aos reclames do Movimento Popular).

Na Pré-Conferência Estadual de Saúde, em 1986, que acontece durante a gestão do governador Luis Rocha, alguns desses agentes se fizeram presentes, contribuindo não só a nível de diagnóstico da situação brasileira e especificamente do Maranhão, mas na formulação das propostas que foram encaminhadas à 8ª Conferência Nacional, como se pode observar pelos seguintes depoimentos. Pela Ata do evento identifica-se que:

Para Samaritana Lima, a participação popular é fundamental para imprimir, efetivamente, um novo direcionamento à Política de Saúde no país, face ao que, para ela, as AIS, que na conjuntura da Pré-Conferência representava o cariz da política estatal, num primeiro momento, correspondem às postulações do Movimento Sanitário. No entanto em tal projeto,

*“o defeito está nas pessoas que nele estão trabalhando. Nenhuma delas está com o interesse voltado para a população [...] O que nós do movimento, queremos é a nossa participação efetiva para acabar ou, pelo menos corrigir esses defeitos. Temos consciência que essa participação ainda é tímida, limitada à fiscalização e ao controle. Queremos mais, queremos uma participação na política de saúde, nas decisões [...] onde alocar mais recursos, quais as prioridades [...] queremos participar na avaliação...”(ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA 1986a, p. 5-7)*

Para José Celso Costa, à época, participando da burocracia da Secretaria de Saúde, as discussões efetivadas deveriam encaminhar-se

com vistas à formulação de uma proposta ampla para o campo da saúde, o que implica incorporar a preocupação “com o abastecimento de água e coleta de detritos”. Embora, houvesse uma instituição federal o PLANASA, com esse escopo, com um montante de recursos suficiente para sanar essa problemática, “não foi capaz de fazê-lo, ainda”. As Companhias Estaduais, como a CAEMA, por sofrerem “ingerências políticas estão mal dirigidas”, muitas vezes endividadas e, portanto, sem condições de contrair empréstimos novos, necessários à operacionalização de uma proposta de saneamento compatível com as demandas do Estado. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 7-9)

Cleomar Pinheiro referindo-se à fala do médico, Marival Lobão, à época Secretário de Medicina Social do INAMPS, aborda o esquema de distribuição dos recursos federais para a saúde, em 1982: foram 10,2 bilhões de cruzeiros para os hospitais públicos, 45, 2 bilhões de cruzeiros para a rede privada lucrativa, 4,2 bilhões de cruzeiros para outros convênios com hospitais filantrópicos e universitários. A rede pública, em consequência, possuía 125 mil leitos, enquanto a rede privada mais que o dobro (380 mil), fato que evidenciaria uma clara proposta de beneficiamento da rede privada: “as clínicas privadas ou particulares proliferam, na mesma proporção em que a credibilidade dos hospitais públicos cai”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 10)

Na mesma direção, o médico Saraiva, representante da Federação Nacional dos Médicos, afirma o seu ceticismo nas mudanças preconizadas pelas AIS:

*“quando se fala nas AIS, a sua maior clientela vai ser a rede privada! Porque é esta a política. Se 80 a 90% dos leitos são privados, a Previdência Social praticamente repassa o dinheiro a iniciativa privada. A CEME atualmente é a maior fonte de renda para a Indústria Farmacêutica Multinacional, porque, em vez de investir o dinheiro na própria pesquisa, vai comprando remédios e tecnologia fora do país. Isto é uma questão de opção política. Deve-se mudar a direção da política, portanto”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986, p. 8)*

Por sua vez, Antonio Rafael da Silva entende que saúde é uma questão de democracia, face ao que precisamos de “um poder político legítimo” (referendado pelo voto direto, uma vez que a dupla Tancredo/Sarney foi indicada por um Colégio Eleitoral), ligado ao direito do trabalho, à educação, à posse da terra, pois o que infelicitou o país foi “a situação e atitude antidemocrática do governo, o despotismo que custou Itaipu, a ponte Rio-Niterói, e a Transamazônica. Alguém já calculou o custo social que provocou a construção do Castelão<sup>30</sup>? (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 9)

Pode-se depreender dessas falas que três princípios iluminam as propostas dos movimentos sociais organizados, na área da Saúde, sustentando seu encaminhamento numa direção reformadora:

a) o princípio de **justiça como igualdade**, numa lógica de redistribuição de recursos e serviços a todos os cidadãos pelo seu pertencimento à nação. Tal princípio se insere na postulação por uma saúde universalizada, gratuita e com financiamento coletivo. Na concepção dos agentes representativos dos movimentos sociais na área, o que deve presidir a justiça distributiva no campo da saúde, não é o mérito, nem a capacidade de trabalho dos sujeitos sociais, mas a necessidade que esses mesmos sujeitos manifestam, tanto em situação de crise (doença, desconforto), quanto no âmbito mais geral da prevenção da doença e da promoção da saúde.

Com essa concepção de justiça, os Movimentos, no campo da saúde, buscam contrapor-se àquela que preside os debates conservadores nessa área, cuja raiz privatizante está sustentada na perspectiva teórica que mais tarde terminou por delinear os contornos do projeto neoliberal no campo da saúde. Nessa concepção, o primado do público, da ética coletiva, da solidariedade na distribuição de riscos e benefícios vem falindo historicamente, expandindo-se a lógica da racionalidade individual.

---

<sup>30</sup> Ginásio de Esportes construído em São Luís-MA, no Governo João Castelo.

Da mesma forma, a suposição de tal argumento é que a eliminação de riscos sociais e a equalização de indivíduos desiguais, através de medidas redistributivas, fere a ética do trabalho, comprometendo os mecanismos de mercado. Este sim, tido como instância natural de distribuição, visto ser a única efetivamente capaz de medir o mérito individual pela capacidade de trabalho e disposição para o crescimento de cada um. É ao indivíduo, e não ao Estado, portanto, que cabe avaliar os riscos a que está sujeito, prevenindo-se através de mecanismos de seguros, viabilizados na relação contribuição benefícios;

b) o princípio de **sobreposição do interesse público ao interesse privado** de indivíduos ou grupos. Para os agentes do movimento social na saúde, há uma contraposição entre os campos público e privado, sendo atribuído significado valorativo positivo ao primeiro e negativo ao segundo. Uma vez que na conjuntura pós-64, o Estado incentivou o crescimento do setor privado lucrativo no campo da saúde, há também, uma reação aos poderes instituídos, tidos como “não públicos” e, portanto, simples mediadores do interesse desses grupos privados.

O movimento de resistência à dupla Estado/grupos privados, é justificado, portanto, mediante a crença na idéia de que a vontade popular tem sido historicamente vilipendiada, apontando-se, ora para a necessidade de um novo contrato social, ora para a urgência de “abater aquele que está condenado pela História”, partindo-se “em direção a novos e mais justas formas de sociedade” como diria BOBBIO (1992, p. 91).

Uma vez, portanto, que é impensável ao Movimento Sanitário a possibilidade efetiva de um refluxo, a nível dos alcances sociais no campo da saúde, suas perspectivas políticas de defesa de um Estado ex-ante encaminham para o deslocamento, no debate, das organizações que se sintonizam com as propostas de centralização do mercado, redução da carga fiscal, imputada aos agentes econômicos, cortes nos gastos sociais e defesa de políticas sociais de cunho assistencialista, apenas

complementares, à iniciativas da comunidade, dirigidos a grupos socialmente incapazes.

Na 8ª Conferência, entidades, que se identificam com as propostas referidas, frente à preponderância das forças sociais Pró-Reforma Sanitária, optaram pela retirada dos seus representantes. A defesa de seu ideário político-ideológico, todavia, manifestou-se através de outros mecanismos e da ação concreta junto aos políticos e à burocracia estatal, contribuindo-se para o esvaziamento da Reforma Sanitária, a nível concreto;

c) o princípio **da participação, como direito político dos cidadãos**, ultrapassando as fronteiras do controle e situando-se numa esfera, onde os agentes sociais possam construir estratégias que lhes permitam gerar e gerir os processos da política, de tal forma que a riqueza, socialmente produzida, seja usufruída coletivamente.

Para esses representantes do movimento social organizado, porém, a legitimidade do poder de representação dos interesses coletivos é conferida, não aos indivíduos isolados, mesmo reconhecidos como portadores de direitos, mas a alguns agentes pela sua efetiva inserção nos debates cotidianos de determinadas frações da sociedade: grupos, associações, partidos e sindicatos.

A idéia da Reforma Sanitária expressa mais consistentemente na forma de um rol de formulações, elaborado por profissionais da área de saúde e organizações comunitárias e sindicais, tinha pois, como pretensão, além de ampliar o acesso aos serviços médicos-hospitalares, desenvolver uma nova política de recursos humanos, ciência e tecnologia, meio ambiente, saneamento básico e ambiente de trabalho, como um todo organizado.

No plano das alterações do arcabouço institucional foi criado, inicialmente, a CNRS que apresentou um relatório final, cujas conclusões

serviram de referência ao texto substitutivo da Lei nº 6229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde.

A Nova República institucionaliza a abertura dos canais que impediam a manifestação da sociedade, face ao que a questão saúde/doença transparece como uma grande força só suplantada pela necessidade de combate à inflação.

O Estado, em consonância com o clima de abertura reinante, adota princípios e diretrizes para viabilizar uma integração programática dos órgãos envolvidos com a temática da saúde. Assim aprovada, a Resolução nº 06 de 03/05/84, oficializou as AIS que se sustentavam nos princípios de:

- a) universalização e equanimidade;
- b) regionalização e hierarquização do atendimento;
- c) integralidade da atenção;
- d) coordenação interinstitucional;
- e) descentralização administrativa;
- f) democratização do sistema, através da participação dos usuários nas instâncias gestoras CIMS, a CLIS e CRIS;
- g) atendimento pleno pela eficiência dos serviços;
- h) incorporação do setor privado (lucrativo e filantrópico) como concessionário dos serviços públicos;
- i) definição dos programas pelo critério da necessidade;
- j) valorização das atividades básicas;
- l) co-participação no financiamento;
- m) política de recursos humanos com inclusão de política setorial e isonomia setorial.

Na referida Pré-Conferência Estadual de Saúde no Maranhão, o Dr. Nilo Alves, representando o INAMPS, relata e discute, de um lado, os instrumentos formais utilizados na operacionalização das AIS: convênio geral para as instituições estatais; termos aditivos para operacionalização dos projetos; termos de adesão para o repasse efetivo para as Prefeituras; termos de compromisso. De outro lado, menciona as suas instâncias gestoras – CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS/CIMS.

Na discussão, o representante do INAMPS referido, denuncia que, a despeito desse arcabouço jurídico e institucional, a efetiva operacionalização das AIS esbarrava já com entraves de cunho político-ideológico e burocráticos:

- incorporação das AIS, pelos Secretários de Saúde dos Estados, apenas como uma fonte de recurso, havendo resistência às mudanças preconizadas a nível de modelo assistencial;
- restrição dos dirigentes à participação popular nas AIS;
- baixa resolutividade no atendimento farmacêutico, provocada por deficiências da CEME;
- insuficiência de recursos federais e resistência à contribuição por parte dos Estados e Municípios;
- permanência da dicotomia preventivo/curativo nas ações de saúde (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 12).

A fala de Ocirema Oliveira representante da Secretaria de Saúde, nessa mesma Pré-Conferência de Saúde, reflete bem a realidade local sobre a operacionalização das AIS:

*“não é só o fato de você ter um decreto ou uma estratégia que ela vai acontecer [...] porque você tem uma série de implicações políticas. O setor saúde é muito vulnerável às ações políticas [...]! Você tem uma organização a nível central. Se muda o Secretário, ele privilegia determinados municípios e todo o trabalho que você tinha desenvolvido vai por água abaixo [...] Orientadores que você treinou a custos altíssimos, à medida em que o prefeito muda, os orientadores são mudados. Treina-se novamente os orientadores, muda-se o prefeito que muda os orientadores [...] teve um membro da Secretaria Técnica que*

*falou: doutora, eu não posso dar essa resposta agora porque eu tenho que consultar o político da minha cidade para saber se incluo esse ou aquele município.” (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 4-5)*

Acerca da questão da centralização x descentralização que as AIS pretendiam resolver, a funcionária reflete:

*“Problemas de municípios que ficam a 900 km, no caso de Balsas, eram todos resolvidos em São Luís. Se uma lâmpada de um raio X queimava, a lâmpada teria que vir para São Luís, o problema teria que ser resolvido aqui... A CLIS está solucionando essa questão...” (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 4)*

Embora o Secretário de Saúde, à época, Luiz Gonzaga Martins, defendesse que “os tecnocratas não devem decidir pelos usuários”, OLIVEIRA denuncia:

*“É muito difícil (a participação popular nas AIS), porque inclusive tem prefeito do interior que diz que não quer que tenha participante da comunidade na CLIS [...] Cabe a cada técnico a habilidade de negociar, porque não se pode desconhecer a autoridade do prefeito: se você chegar com uma proposta e o prefeito não quiser, então não pode... para você não inviabilizar a proposta deve negociar”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 4-5)*

Para o Secretário Estadual de Saúde, médico Luiz Gonzaga Martins, há um enorme esforço governamental para fazer funcionar uma máquina com capacidade reduzida de atendimento às demandas da sociedade:

*“há 418 postos de saúde desativados, eu quero fazê-los funcionar, mas é impossível: Tem-se um, médico em cada povoado, face ao que procuramos fazer funcionar uma pequena estrutura com participação comunitária. Os postos tinham mais de 800 funcionários. Demitimos todos e fizemos eleger em cada povoado, pelo próprio povo, o seu representante [...] mas a maior conquista dos últimos 30 anos é a constituição das CIMS, onde políticos, instituições e populações trabalham juntos”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 3-4)*

Outro fator de emperramento da máquina governamental, referido pelo Secretário, era o excesso de funcionários do setor saúde, obrigando à utilização de 94% da verba da Secretaria para cobrir a folha de pagamento, o que, para o médico Saraiva, representava “empreguismo, com fins políticos, um desajuste! muita gente recebe este dinheiro e não desenvolve

nenhum trabalho. O problema é eleitoral!” (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA, 1986a, p. 16)

Com base no Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987 foi instituído no país, o SUDS cujo escopo era referendar a nova direção dada a política de saúde, aprofundando a ação das AIS. Seus objetivos específicos ficaram assim delineados: **redistribuir recursos e poder na área, fortificando as administrações estaduais e municipais; beneficiar as redes de atendimento; descentralizar as decisões, unificando o sistema sob a direção de gestores que, no campo estadual, era o Secretário de Saúde; e universalizar o atendimento.** Com esses objetivos pretendia-se ampliar o manto do Estado Protetor, obtendo-se melhor desempenho do setor público e maior controle do setor privado, o que responderia às demandas do Movimento Social.

Os processos de unificação e descentralização confluíram para a formação de um sistema federalizado peculiar, já que o Sistema Nacional de Saúde passaria a ser a totalização dos Sistemas Estaduais os quais, por sua vez, deveriam ser integradas pelos sistemas municipais.

As unidades básicas do Sistema, projetados seriam os Distritos Sanitários, conceito que, a nível espacial, abrangeria grupos de 25 a 40 mil pessoas referidas a redes locais de postos e centros de saúde e, sempre que necessário, a pequenos hospitais geral ou distrital. Tais Distritos deveriam ter como força motriz os princípios de: universalidade do acesso; resolutividade – cada problema deveria ser resolvido pelo seu nível de complexidade; continuidade – a assistência ao grupo familiar seria contínua, com a recuperação da figura do médico de família; a integração do sistema – o atendimento à saúde deveria ter como substrato a preservação de meio-ambiente, das condições de trabalho e do saneamento básico.

O financiamento do setor incluiria recursos do orçamento fiscal da União e dos Estados e Municípios, com um somatório de tal modo a

permitir o desenvolvimento das ações necessários ao funcionamento do sistema.

A defesa dos princípios do movimento e a incorporação das suas propostas na agenda governamental, fizeram com que elas fossem progressivamente desenvolvidas pelo Estado em estruturas organizacionais tidas como pesadas e ineficientes.

Nesse sentido, o INAMPS, em 1987, segundo dados do IPEA, de dezembro de 1991, conta 120 mil funcionários ativos, 610 postos de assistência médica, 8333 consultórios médicos, 41 hospitais próprios, sem contar os serviços contratados. Com esses recursos era fornecida apenas 1,7 consulta por habitante/ano, enquanto a medicina de grupo atendia a 4 usuários/ano, com um sistema mais leve. Ao mesmo tempo com apenas 45% do gasto público das despesas do INAMPS, o setor contratado atendeu, no mesmo ano, 43% dos usuários ambulatoriais e 87,1% das internações.

No Maranhão, em 1988, com a saída de Adolfo Paraíso, da Secretaria de Saúde, assume o médico Jackson Lago, tido como uma referência do movimento Pró-Reforma, do qual era parte ativa. No período, a elite burocrática dessa Instituição organizou a Proposta do Modelo Assistencial Para a Grande São Luís, que inclui a cidade de São Luís, Paço do Lumiar e São José de Ribamar, em compatibilidade com o modelo SUDS. Pretendia-se redirecionar a Política de Saúde no Maranhão, tornando “operacional a imensa rede pública de serviços de saúde intensa e propositadamente sucateada no curso desses anos, com inestimáveis prejuízos para a saúde da população” (MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado. 1988, p.2).

Na introdução da aludida proposta, justifica-se a escolha de São Luís, em razão do seu rápido crescimento populacional, que ocorre em função da atração exercida, de um lado, pela expectativa de trabalho e de acesso aos serviços públicos, criada com a implantação de megaprojetos

na Ilha<sup>31</sup> e de outros em face da expulsão progressiva do homem do campo.

Embora o documento não avance nessa direção, a imigração dos camponeses maranhenses se dá, também, em razão de uma política fundiária agressiva que admite o uso da terra como reserva de valor, atraindo para o Maranhão latifundiários do centro-sul do país, a partir da venda da terra por dirigentes locais, iniciando com a criação COMARCO no governo Pedro Neiva de Santana (1971-1975), já referido no item 2 deste trabalho. A consequência desse duplo movimento é que São Luís apresenta na conjuntura em que se passa a operacionalizar o SUDS:

*“grandes bolsões de pobreza, constituídos por populações marginalizadas, aglomeradas em áreas palafitadas ou em bairros emergentes de ocupações de terras, cujos agrupamentos são desprovidos de condições mínimas necessárias a melhoria de qualidade de vida ...” (MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado. 1988, p. 3-4)*

A estratégia básica, proposta pelo Governo Estadual, visava reduzir os efeitos ocasionados sobre os usuários da saúde, pelo modelo eleito no Governo pós-64, que privilegiava a acumulação em detrimento da distribuição. Nesse sentido, optou-se pela adesão, no modelo assistencial, do valor equidade tentando operacionalizar, como princípio de justiça, a igualdade entre todos, sem distinção de classes ou categorias, face ao que:

*“o resgate de todos o processo se dará por meio da divisão da Ilha de São Luís em Distritos sanitários através dos quais se espera restabelecer maior integração entre o usuário e os profissionais de saúde da unidade ...” (MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado. 1988, p. 3-4)*

A Secretaria de Saúde definiu que a atenção passaria a se dar em três níveis: o 1º nível geral de atendimento, nos Postos de Saúde próximos ao local de moradia do usuário; o 2º nível, constituído por especialidades estratégicas como cardiologia, nefrologia etc; e o 3º nível formado por unidades mais especializadas, isto é, com tecnologia mais

---

<sup>31</sup> Referimo-nos aos projetos que fazem parte do Programa Grande Carajás: ALUMAR e Vale do Rio Doce.

aperfeiçoada. Dessa forma, a Grande São Luís, com 905 km<sup>2</sup> e 790.893 habitantes, em 1988, foi dividida nos seguintes distritos sanitários: **Centro, São Francisco, Bequimão, COHAB, João Paulo, Fátima, Coroadinho, Vila Palmeira, Tirirical, Vila Esperança, Itaquí/Bacanga, Cidade Operária, Maiobão, São José de Ribamar e Paço do Lumiar.**

Um dos objetos, manifestos de preocupação governamental, no período 1988-1991, no Maranhão, para operacionalizar os Distritos Sanitários, era a questão dos recursos humanos. Dois fatos constituíam a razão básica dessa preocupação. O primeiro deles era o acúmulo de cargos, uma vez que um mesmo servidor no Estado exercia, simultaneamente, atividades em diferentes instituições de saúde. O segundo fator era a concentração de servidores nas funções administrativas, em detrimento da ponta do sistema cujo quadro de pessoal estava reduzido.

Esses fatos revelam não só a tendência histórica do Estado, no Maranhão, em atuar como absorvedor da mão-de-obra flutuante que é grande, em razão da insuficiência de mercado de trabalho no local, como também uma direção política dos sucessivos governos que utilizam o empreguismo, no setor público, com fins clientelistas. A parcela de funcionários, assim incorporada, por sua vez, passa a ser rígida pela cultura do favor, mecanismo do qual depende para manter o exercício profissional tido como mais fácil na administração, em contraposição à ação na ponta, que trata diretamente com os usuários do sistema, e portanto, exige maior esforço.

A burocracia sanitária passa, assim, a ser reelaborada por segmentos da sociedade, como o espaço que incorpora o fluxo do poder pessoal de políticos ou empresários, criando-se, inclusive, uma moralidade correspondente, em que a apropriação privada da coisa pública, para fins particulares, é naturalizada, mesmo em contraposição ao arcabouço jurídico-legal existente.

Outro vetor de preocupação dos gestores da Secretaria de Saúde era com o gerenciamento participativo dos Distritos, incorporando os usuários do sistema. Em face disso propuseram a utilização de colegiados não remunerados, formados prioritariamente por representantes das equipes de saúde e da população local, em apoio ao Diretor Executivo, este indicado pelo Secretário de saúde. Tais colegiados, ao mesmo tempo em que seriam legítimos pelo seu processo formativo, que ocorreria através de Plenárias de Saúde, constituídas por entidades do bairro, manteriam um fluxo permanente de comunicação com essas entidades e com os usuários anônimos do sistema, através de um “Plantão de Queixas” que consubstanciaria os encaminhamentos do Colegiado.

Os colegiados, dessa forma constituídos, mesmo não sendo a soma dos “interesses gerais”, representariam uma certa síntese dos consensos públicos amplos, no contexto dos Distritos Sanitários. Dois fatores, porém viriam dificultar esse processo de participação preconizada pela proposta do modelo assistencial da Secretaria de Saúde.

O primeiro fator era a reduzida vitalidade das estruturas organizativas dos bairros, condicionada pelo processo de reprodução da ideologia paternalista, que se manifesta através da cultura do favor e do mandonismo, onde o Estado-pai, através de seus representantes, concede e manda e, aos usuários-clientes, só resta receber e obedecer (o que de certa forma tem seu lado positivo, posto que também a quem só obedece não pode ser imputada responsabilidades pelos insucessos da ação!).

Uma enquete realizada pela ASP, em 1989, junto aos usuários do Sistema de Saúde no Maranhão, para avaliar a participação e o grau de satisfação comunitária com a ação do SUDS nos Distritos Sanitários, obtém respostas que, em sua maioria, evidenciam essa análise e dão substância às conclusões a que chegaram os pesquisadores:

O SUDS é: “ajuda do governo” (morador da Vila Embratel)

- “um sistema que implantaram para melhorar a Saúde a Todos nós” (morador da Vila Embratel)\*
- “órgão que serve para atender as pessoas carentes (morador do Bom Jardim)\*
- “dinheiro federal que vem para os funcionários (morador do Centro)\*
- “uma gratificação do Estado (morador do Goiabal)\*
- “sistema criado pelo governo em prol da população (morador do Centro)\*. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA. Relatório de Pesquisa. 1989, p. 25-34)

Para os pesquisadores tais respostas revelam que:

*“a maioria não compreende o SUS/SUDS como resultado de uma luta, como uma conquista, uma resposta a todo o movimento de articulação e de cobrança do movimento popular organizado junto com diversas organizações médicas e de profissionais de saúde da sociedade civil, que teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 [...] Ela compreende que os serviços públicos de Saúde são uma “dádiva”, uma concessão, um presente do governo”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA. Relatório de Pesquisa. 1989, p. 22)*

e mais adiante,

*“... Pouquíssimos depoimentos ressaltam como importante ou mesmo essencial, e participação popular na elaboração, fiscalização e controle da política, do sistema de saúde a ser implantado”. (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA. Relatório de Pesquisa. 1989, p. 22)*

O segundo fator de dificuldade é a incompatibilidade político-ideológica entre a proposta do movimento organizado, que preconiza um rompimento efetivo com o setor privado, advogando sua retirada, bem como a dos gerentes do sistema, da participação nos organismos de representação coletiva, nos Distritos Sanitários, e a proposta oficial, que mesmo tendo como representante máximo o secretário Jackson Lago, tido como um progressista e advindo das lides acadêmicas, inclui no SUDS a participação do setor privado, em consonância com a proposta nacional.

*“O Distrito é um espaço geográfico... constituído de unidades de saúde do setor público, filantrópico e privado e (onde) serão desenvolvidas ações básicas de saúde que contarão com o apoio das unidades de retaguardas (ambulatorios e hospitais).” (MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado, 1988, p. 2)*

---

\* centro de São Luís, Vila Embratel, Bom Jardim e Goiabal - bairros de São Luís.

A luta, que se desenrola, a partir daí, tem subjacente não só a ampliação dos espaços de poder por setores do movimento organizado, mas também a própria idéia e legitimidade dos diferentes poderes.

Para o Secretário, sua legitimidade e a dos burocratas da Secretaria advém não só de ser representante, no setor público de saúde, de um governador eleito diretamente pela população – o apelo ao princípio democrático do consenso mas, também, de sua história de luta pró-reforma sanitária.

Para parte do movimento, no entanto, a legitimidade está nas propostas do Movimento Social, sendo que os verdadeiros representantes são os agentes nele inseridos. Aqueles, que se afastam para o exercício de cargos públicos, ficam, de certa forma, “contaminados”, posto que são pressionados por setores privatistas e corporativistas para “atentar” contra os “interesses gerais”. Obstaculizar o exercício de tal poder, tido como representativo do **status quo**, é justificado, portanto, tendo em vista a construção de uma etapa histórica mais avançada que o ordenamento sócio-político vigente.

O debate sobre a legitimidade do poder, aliado a fatores tais como a diminuição sistemática de recursos ao setor social, a participação reduzida da sociedade, na gestão dos serviços e a criação de expectativas de remuneração maior aos funcionários públicos do setor saúde, beneficiados com a repartição da gratificação SUDS/SUS<sup>32</sup>, de certa forma constituíram-se como entraves no período, 1988-1990, ao avanço da Reforma.

### 3.2.2 A institucionalização do Sistema Único de Saúde

---

<sup>32</sup> Em entrevista concedida em 13/08/95 para a elaboração deste trabalho, o Secretário de Saúde do Maranhão, denuncia a criação, pelo Secretário Jackson Lago, da distribuição da gratificação SUDS/SUS, como um mecanismo demagógico que traria como conseqüência principal o aumento do inchaço da máquina estatal, no campo da saúde. Ela funcionaria como o atrativo principal dos servidores públicos do Estado, penalizados com baixos salários, pela conjuntura nacional vigente, para conseguirem, através do mecanismo do favor (devidamente recoberto por medidas burocráticas) a transferência para o âmbito da saúde!

A institucionalização, do que se define como Reforma Sanitária, se deu a partir de 1990, através do SUS com a LOS nº 8142/90 e 8080/90 tendo como objetivos universalizar, hierarquizar, integralizar, regionalizar e descentralizar a assistência médica, ambulatorial, cirúrgica, odontológica e farmacêutica. Respondendo ao princípio ético de justiça, como equidade, ter atendimento integral a saúde, passa ser atributo de qualquer pessoa residente no país.

O SUS, tal qual se expressa na legislação, é resultado de conflitos de interesses que se fizeram presentes na Constituição de 1988, sendo ali incorporados muitos pontos da agenda de reforma sanitária. Na Carta Constitucional são redefinidos os conceitos dos direitos sociais, conformando, entre outras, a categoria de seguridade social, unidade constituída pela Previdência Social, de caráter contributivo, pela Saúde, de caráter universal e pela Assistência Social, focalizada a grupos fragilizados. Segundo dispõe o artigo 194 da Constituição Federal (1988) “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Como tal, o SUS é um avanço, tanto em termos conceituais no tratamento das medidas de saúde, quanto um marco jurídico no conteúdo da seguridade. Ele evoca, nesse sentido, uma perspectiva de Welfare State nos moldes institucional-redistributivo ou social-democrata, desenvolvido principalmente em países europeus.

As bases institucionais do SUS, que já se vinham estabelecendo em períodos anteriores, continuaram em seu processo de construção, com medidas como: a) a transferência INAMPS para o Ministério da Saúde, estabelecendo-se um comando único na área a nível federal; b) a progressiva passagem da rede e instituições próprias do setor público federal, para os Estados; c) a transferência da administração dos convênios com a rede privada, para as secretarias estaduais; d) a municipalização dos

serviços e e) a institucionalização das instâncias colegiadas: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, estes formados a partir da representação de usuários, burocratas do governo, prestadores dos serviços e profissionais de saúde.

As fontes financiadoras do SUS são recursos previdenciários da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios, dos Municípios e outras fontes como ajudas, contribuições, doações, donativos, alienação patrimonial, rendimentos de capital, etc., sendo 70% destinados aos municípios e o resto aos Estados.

A transferência dos recursos aos Estados e municípios, tem como base parâmetros demográficos, sendo que a atualização tem como referência as UCAs, e as AIHs, estendendo tanto ao setor privado, quanto ao público, o pagamento por produção, do total dos atos médicos realizados. A partir desses parâmetros, a transferência dos recursos deve estar condicionada: à formação dos Conselhos de Saúde; a apreciação, por esses Conselhos, dos Planos e Fundos de Saúde; à elaboração de relatórios de gestão local; à existência de uma contrapartida de recursos para saúde, nos orçamentos municipais e à constituição de comissão para organizar os planos de carreiras, cargos e salários. A nível federal, os recursos são administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, sob a supervisão do Conselho Nacional de Saúde.

Para operacionalizar os serviços a serem oferecidos aos demandantes do setor, o Estado, “em casos de insuficiência de sua capacidade instalada” (grifo nosso) pode recorrer aos serviços privados, que estão esparsos em uma ampla malha de clínicas, consultorias e hospitais distribuídos entre uma rede não-lucrativa ou filantrópica: liberal e coletiva (medicina de grupo, cooperativas médicas, sistemas de auto-gestão de empresas públicas e privadas e seguros-saúde).

Na prática cotidiana a saúde não se tem constituído, porém, como um direito universal, tal como instituído pelo arcabouço legal vigente: a

Constituição e as Leis Específicas. Além das desigualdades no processo de distribuição das condições determinantes da saúde, o próprio legado das instituições específicas é prenhe de impasses, entre os quais se destacam, segundo VIANA e CASTRO (1993), os seguintes:

a) carência de recursos para programas especiais que requerem tratamento especializado como a aids, a tuberculose, hemoterapia, etc., ou para alguns de caráter educativo;

b) privilegiamento do setor privado, no pagamento por produção, em detrimento do setor público, cuja experiência histórica não se pauta pela lógica dual oferta/produção, cadastramento/faturamento, com a conseqüente deterioração de capacidade instalada deste último;

c) dificuldade de avaliação das instâncias regionais do Estado, com reforço a práticas clientelistas e corporativistas, uma vez que o repasse de recursos é feito diretamente aos municípios e ao setor privado;

d) marginalização da saúde coletiva e preventiva, visto que sua operacionalização depende dos recursos orçamentários estaduais e municipais, via de regra, reduzidos;

e) reprodução da lógica hospitalocêntrica e de parcelamento das ações de saúde;

f) dificuldade de contratação e qualificação dos recursos humanos, considerando os paradigmas salariais disponíveis<sup>33</sup>.

A Reforma Sanitária, portanto, ocorreu de fato a nível do arcabouço jurídico, mas não foi capaz, até aqui, de provocar as mudanças político-institucionais na dimensão preconizada e, muito menos, os efeitos propostos nas condições causadoras de doenças na população.

O processo de institucionalização do SUS no Maranhão está desenvolvido no item 4 deste trabalho, discutindo-se a operacionalização

---

<sup>33</sup> Na verdade houve uma “evasão”, no últimos anos, de profissionais qualificados, do setor público para o privado, sem perda de vínculo com o Estado.

dos seus princípios e os compromissos assumidos pela burocracia sanitária do SES-MA, no atual contexto histórico.

#### **4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a estrutura organizacional dos serviços de saúde no Maranhão e os compromissos da burocracia sanitária.**

##### **4.1 A estrutura organizacional dos serviços de saúde.**

A reformulação do Sistema de Saúde, através da institucionalização do SUS, exige dos Estados subnacionais a organização de novos modelos assistenciais e, portanto, supõe formas novas de gerenciamento.

No novo contexto jurídico erigido, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-MA) é reafirmada no Maranhão, como espaço de referência para a formulação e execução das políticas na área. Nesse sentido, ela passa a constituir, juntamente com a SAGRIMA, a SEEDUC e a Secretaria de Justiça e Segurança Pública (SEGUP), o conjunto das Secretarias Essenciais<sup>34</sup>, na estrutura do governo do Estado.

À SES cabe, a partir de então, operacionalizar os princípios e diretrizes desse novo modelo, os quais se acham assentados no tripé:

a) acesso universal, como direito de todos, nos níveis básico, secundário e terciário, sendo considerados como elementos condicionantes

---

<sup>34</sup> Os órgãos do Estado que formam a administração direta do Poder Executivo no Maranhão, além das Secretarias Essenciais, reunidos com base em suas especificidades são: Governadoria (Secretaria de Estado de Governo; Procuradoria Geral do Estado; Defensoria Pública do Estado; Auditoria Geral do Estado; Secretarias Extraordinárias); Secretarias Sistêmicas (Secretaria de Estado de Administração Recursos Humanos e Previdência; do Planejamento; e da Fazenda; Secretarias Programáticas (Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia; da Indústria, Comércio e Turismo; da Cultura; de Desenvolvimento Social Comunitário e do Trabalho; da Infra-Estrutura e de Desportos e Lazer).

e determinantes da saúde, o ambiente físico, sócio-econômico, político e cultural;

b) hierarquização e regionalização da rede de serviços nos três níveis: nacional, estadual e municipal;

c) gestão participativa através dos Conselhos de Saúde.

Dessa maneira, além de desenvolver medidas de promoção (como campanhas educacionais), de prevenção (como a fiscalização da prática médica e paramédica) e de recuperação (como a prestação universal da assistência médico-hospitalar), a SES deve organizar seu aparato institucional com vistas a incorporar a participação da sociedade na gestão das políticas, através dos Conselhos de Saúde e admitir que parte dos recursos, até aqui, centralizados, sejam redistribuídos em novos espaços de poder.

Em face desse redirecionamento necessário, deve também mudar a lógica que preside a ação da burocracia sanitária, uma vez que é dela a responsabilidade pelo gerenciamento do processo, em sua totalidade, isto é, tomar decisões no contexto das novas demandas colocadas.

Enquanto estrutura organizacional básica do setor saúde no Maranhão, portanto, é para a SES-MA que afluem as demandas relativas ao tratamento da questão saúde/doença e é de onde emanam as repostas elaboradas pelos formuladores das políticas na área.

A adaptação da SES-MA, à nova configuração do setor saúde, preconizada pelo SUS, se revela através da reafirmação dos princípios da Reforma, na regulamentação elaborada a nível local como a “Proposta de Estruturação dos Níveis de Atuação da SES” de 1993. Nela se configura o Sistema Estadual de Saúde, com os seguintes propósitos:

- permitir acesso universal e igualitário nas ações e serviços com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais devem ser prestados per unidades públicas, com o apoio do setor privado;
- integralizar as ações de saúde, rompendo a dicotomia entre o preventivo e o curativo, com a articulação das atividades sanitárias e epidemiológicas;
- fomentar a descentralização, atribuindo-se aos órgãos regionais a supervisão técnica, o assessoramento às unidades prestadoras de serviços, a atuação nas atividades de vigilância sanitária e epidemiologica e a participação no planejamento da Secretaria da Saúde;
- incorporar a participação da população, através dos conselhos municipais e estadual de saúde, das conferências municipais e estadual de saúde, como canais de manifestações dos usuários no Sistema Estadual de Saúde.
- articular as várias instituições locais no desenvolvimento das ações de atenção à saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- capacitar recursos humanos, e oferecer insumos materiais, tecnologia e recursos financeiros para instrumentalizar a rede prestadora de serviços;
- organizar os serviços assistenciais, implantando um modelo que responda às necessidades da população.

Internamente, a SES-MA, modifica sua estrutura anterior frente às necessidades impostas, procurando desenvolver alternativas de acomodação das atividades à nova dinâmica. Assim, são definidos sete níveis de atuação: a) Órgãos de Deliberação coletiva (Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Entorpecentes, Conselho Técnico-Administrativo); b) Nível de Administração Superior (Gabinete do Secretário, Centro de Informação de Saúde, Assessoria Jurídica); c) Nível de Assessoramento (Assessoria com Núcleos de: Planejamento

Estratégico, Edificação e Planejamento, Desenvolvimento de Recursos Humanos, Desenvolvimento Industrial, Medicamentos); d) Nível de Gerência (Secretaria Adjunta); e) Nível de Atuação Instrumental (Coordenadorias Setoriais de: Administração, Economia); f) Nível de Atuação Programática (Coordenadorias de: Assistência à Rede de Serviços de Saúde, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Avaliação e Controle); g) Nível de Atuação Regional (DIREs).

Já em 1995, através da Lei nº 6275, esses níveis são reorganizados, ficando os Conselhos, que antes eram órgãos de deliberação coletiva, no contexto da administração superior, caracterizando, melhor sua ação na gestão dos trabalhos desenvolvidos. Pretende-se, também, reacomodando os funcionários, inclusive no contexto de uma nova estrutura física criada, facilitar as relações intersetores.

A nova forma proposta também comporta sete níveis, quais sejam: **de administração superior, de gerência superior, de assessoramento, de execução instrumental, de execução programática, de ação regional, e de atuação complementar**, cada um deles com formas específicas de organização e hierarquicamente relacionadas.

De acordo com alguns entrevistados da burocracia da SES, porém, mesmo depois do SUS, a articulação entre esses diferentes setores da Instituição, muitas vezes, acontece de forma lenta, dificultando o fluxo de informações, necessário ao andamento dos trabalhos.

Tal fato parece ocorrer pelo excesso de organismos, o que provoca uma certa superposição de funções e pelo apreço que alguns funcionários desenvolvem pelo burocratismo, em prejuízo dos objetivos institucionais.

O quadro de pessoal da SES, a partir da institucionalização do SUS, em 1990, compõe-se de 1773<sup>35</sup> funcionários de nível superior e 5050 de nível de apoio, dos quais 1152 estão na sede da SES<sup>36</sup>.

Dentre os funcionários de nível superior 42,13% são médicos, 17% são odontólogos, 13,5% são enfermeiros, 11,9% são farmacêuticos, 9,2% são assistentes sociais e 6,27% são administradores, advogados, arquivistas, bibliotecários, economistas, engenheiros civis, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, geógrafos, matemáticos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos, professores, químicos, químicos-indústriais, sociólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em assuntos educacionais, técnicos em comunicação social, técnicos em desenho, técnicos em educação física e técnicos em planejamento.

Dos profissionais, incluídos na categoria de apoio operacional, destacam-se 25,9% de auxiliares de serviço de saúde, 20,7% de auxiliares de serviços gerais, 12,2% de agentes de saúde pública, 10,2% de agentes de administração, 12,1% de auxiliares de enfermagem, 4,3% de assistentes de administração, 3,5% de vigias, 2,5% de auxiliares de patologia clínica e o restante 8,6% são auxiliares agropecuários, agentes sociais, auxiliares de manutenção, auxiliares de serviços de engenharia, desenhistas, mecânico de máquinas e veículos, motoristas, técnicos em edificações, técnicos em radiologia, técnicas em patologia clínica, visitantes sanitários, oficiais de

---

<sup>35</sup> De acordo com a responsável pela Divisão de Pessoal da SES-MA, em razão do processo de remanejamento constante dos funcionários, tanto de uma Secretaria de Estado para outra, como no interior do Sistema de Saúde, a totalização do pessoal distribuído por instituições específicas do setor que foi feita em uma data, nunca corresponde à totalização feita em outra data.

<sup>36</sup> Em São Luís, os funcionários fora da sede da SES-MA, estão distribuídos nas unidades de prestação de serviços: Hospitais N. Senhora da Penha, Presidente Vargas, Nina Rodrigues, Infantil Juvêncio Matos, Aquiles Lisboa; Maternidades Benedito Leite, Maria do Amparo (filantrópico c/quadro do Estado), Marly Sarney; Centros de Saúde da Cidade Operária, Dr. Genésio Rego, Vigilância Sanitária, do COHATRAC, da COHAB, do Turu, da Liberdade, da Vila Esperança, do Angelim, do Vinhais, Dr. Paulo Ramos, Odontológico da Alemanha, Comunitário de João de Deus; Instituto Oswaldo Cruz; Unidades Mistas do Maiobão, do Bequimão, do Coroadinho, do Itaqui-Bacanga, de São Bernardo, PAM-COHAB, PAM-DIAMANTE, PAM-FILIPINHO, Coordenação de Hematologia e Hemelotropia. (Fonte: Secretaria de Estado da Saúde - Divisão de Pessoal, out. 1995)

manutenção, técnico de recursos audiovisuais, auxiliares de administração, datilógrafos e telefonistas, técnico em estatística e técnicos em contabilidade.

Os grupos, que são os tomadores de decisões ou executores especializados, detentores do poder necessário para fazer funcionar a SES e as unidades específicas onde se efetivam a relação saúde/doença, são compostos, basicamente, dos profissionais de nível superior: médicos que detêm a hegemonia do processo, ocupando a maioria dos cargos de direção. Em seguida, vêm enfermeiros, dentistas farmacêuticos e assistentes sociais, embora o responsável pelo setor financeiro da SES-MA, fundamental para o fluxo burocrático, seja um técnico em contabilidade.

Os cargos em comissão<sup>37</sup> mais destacados, os chamados DANS-3, são do Chefe de Gabinete e dos Coordenadores da Setorial de Administração, da Setorial de Finanças, de Assistência a Rede de Serviços de Saúde, de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, de Auditoria do Sistema de Saúde de Ações Comunitárias de Saúde e o Subsecretário Regional de Saúde de Imperatriz.

Além dessas existem mais 4 DAS-4, 6 DAS-3, 40 DAS-2, 11 DAS-1, 2 DAI-4, 11 DAI-3, 28 DAI-2, 76 DAI-1 e mais os cargos de Secretário e Subsecretário de Estado, totalizando 189 cargos. Ao lado desses, existem 59 cargos comissionados, destinados aos chamados órgãos desconcentrados do sistema (hospitais, PAMS, laboratórios etc) e as funções gratificadas que, agrupadas, somam 168.

---

<sup>37</sup> Os cargos comissionados (DANS, DAS e DAI) se diferenciam das funções gratificadas (F.G) porque, enquanto estas são privativas do pessoal de carreira da instituição, aqueles são cargos de confiança, o que flexibiliza a escolha do mandatário que pode se voltar para pessoas de fora daquela organização específica.

Diferentemente dos DAS, e dos DAI, os DANS são privativos de profissionais qualificados a nível de terceiro grau. Além das diferenças verticais, as diferenças horizontais por nível 1,2 e 3 indicam a importância do cargo, em termos de poder e do valor da comissão recebida. Assim enquanto um DANS-1 recebe R\$ 129,82 de vencimento e R\$ 1.162,26 de gratificação de representação, um DANS-3 recebe R\$ 83,7 de vencimento e R\$ 747,68 de gratificação (valores de outubro/95).

Nas unidades prestadoras de serviços, a alternativa de complementação salarial é regulamentada desde 1991, pela portaria nº 988. Nela se atribui o valor a ser pago, dos recursos do SUS, a cada categoria profissional envolvida nos trabalhos. No processo de partilha, divide-se os serviços das Unidades de Saúde em **serviços hospitalares**, **serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)** e **serviços profissionais** e define-se que, até 30% dos recursos faturados por essas unidades, serão destinados à complementação salarial dos servidores envolvidos no processo, de acordo com sua produtividade, medida, proporcionalmente, ao número de atendimentos realizados.

Essa remuneração obedece, porém, a uma escala que contempla:

- servidores médicos - 50% do total de 30% dos recursos faturados pela unidade medida através de UCAs ou AIHs.

- diretores e administradores correspondendo a 10%, 5% ou 2% desse faturamento, de acordo com a classificação das unidades hospitalares que dirigem, sendo 60% aos diretores e 40% aos administradores.

- Unidade Tipo A (hospitais com mais de 100 leitos), 10%

- Unidade Tipo B (hospitais que possuam entre 51 e 100 leitos), 5%

- Unidade Tipo C (hospitais com até 50 leitos e ambulatórios), 2%

- demais servidores - a esses é destinado o restante dos recursos, redistribuídos a partir do critério de produtividade.

Relacionando o investimento público em estrutura físico-financeira e no quadro de pessoal, com os resultados alcançados, observadores locais<sup>38</sup> evidenciam uma distância concreta entre as

---

<sup>38</sup> O Jornal Aspiração Popular, de responsabilidade do ASP, divulgou, em 1993, um balanço dos recursos da SES, contabilizando os seguintes números: 30% eram destinados, no período, a

propostas contidas nos planos governamentais, que são referenciados na idéia de mudanças nas condições determinantes da relação saúde/doença e os dados da realidade. Estes denunciam uma incapacidade de elucidação dessa questão, até mesmo no que concerne à cobertura dos que demandam os serviços médico-hospitalares.

Além dos dados referentes à doença e à pobreza, alguns aspectos relevantes no gerenciamento do SUS, como os recursos humanos, o processo de descentralização, a hierarquização dos serviços, a parceria com a iniciativa privada e a participação social, através do CES-MA, têm sido objeto de análise dos setores sociais interessados pela questão saúde/doença, neste Estado.

a) recursos humanos

A relação entre recursos humanos no SES e as dificuldades de operacionalização do SUS é analisada através de dois ângulos principais: o da carência de recursos financeiros, na área da saúde, e das dificuldades de gerenciamento do setor.

Por um lado, temos que a redução sistemática de recursos, ao chamado campo social no Brasil, em geral, e no Maranhão, em particular, vem se refletindo na área de recursos humanos para a saúde, em forma de desestímulo pelo trabalho. Este, por sua vez, é ocasionado, tanto pela incapacidade material de desenvolver as atividades planejadas, quanto pelo descumprimento de uma política de qualificação de pessoal direcionada ao novo modelo assistencial proposto. Tal desestímulo se acentua, ainda, em função da política salarial que, nas últimas décadas, tem sido extremamente desfavorável aos trabalhadores.

---

gratificação de pessoal, 4,5, do faturamento dos hospitais, eram destinados a Firma MAC - Hospitalar Serviços e Processamento de dados Ltda., responsável pelo processamento das AIHs e 15,5% fluíam “supostamente em direção a uma caixinha com objetivos escusos” segundo conclusões da Auditoria Federal, feita no Maranhão. Totalizava-se, portanto, no período referido cerca de 50% de recursos que eram desviados dos fins propostos, no setor saúde.

Por outro lado, alguns dirigentes da SES-MA têm sido apontados como, administrativamente, incapazes de gerenciar os recursos existentes, fato que se agrava em função da prática, ainda exercitada, neste Estado, de indicações de alguns auxiliares diretos, mediante a utilização de critérios políticos ou afetivo-clientelistas. São, justamente, esses os responsáveis pela elaboração de agendas públicas, influenciando, diretamente, nos processos de decisão. Conjuga-se portanto, nesses casos, a falta de qualificação, ao interesse de que as ações sejam desenvolvidas à revelia do controle social, o que vai repercutir diretamente nos encaminhamentos dos Conselhos de Saúde e no atendimento aos usuários.

Segundo um dos relatórios de Consultoria do Projeto Nordeste, esta instituição investiu, juntamente com a SES, US\$ 547.107 em qualificação de pessoal, no ano de 1991. A maior parte desses recursos foi destinada à área materno-infantil e de doenças transmissíveis, embora a mesma relatora do documento chame a atenção para a necessidade de avaliar o efeito desses treinamentos na prestação dos serviços de saúde, sem o que se tornaria inócuo o investimento, fato que parece não ter ocorrido em sua plenitude, segundo um entrevistado da SES. (PROJETO NORDESTE. 1991, p.5)

Outro aspecto relevante, no que diz respeito aos recursos humanos, são as formas como se manifestam as relações entre os dirigentes e os dirigidos no setor: no interior da SES-MA o processo obedece a cadeias verticais de comando, das quais fluem informações e decisões, apesar das tentativas de mudança desse perfil, pela reforma da estrutura organizacional do setor. Essa forma de relacionamento, orientada por normas e regulamentos específicos, tem sido apontada como inibidora da criatividade dos funcionários, uma vez que o esforço é direcionado, preferencialmente, ao processo como tal, e não ao atendimento dos fins do sistema que é responder às demandas dos usuários, relacionadas aos objetivos institucionais.

Nas unidades prestadoras de serviços, como os hospitais, as relações ocorrem de duas maneiras diferentes:

– com os médicos a relação é, quase sempre, horizontal, ocorrendo diálogo aberto sobre a divisão do trabalho e relativizando-se o controle sobre a quantidade e a qualidade do trabalho realizado;

– com os outros profissionais, verticalizam-se as relações, fazendo emergir as diferenças entre dirigentes e dirigidos, tanto pelo distanciamento nos debates, quanto pela maior exigência no processo de trabalho.

Isso decorre, sem dúvida, de duas razões principais: a primeira porque os gestores dessas instituições são, quase sempre, os próprios médicos o que facilita o fluxo comunicativo com seus pares e, a segunda, talvez mais importante, pelo fato de que essas organizações são espaço onde as demandas imediatas por saúde fluem abertamente e é ao médico, tido como o profissional capaz de eliminar a doença, que elas se direcionam.

Dessa maneira, à semelhança dos períodos que antecederam ao SUS, o ato de cura ainda é apreendido como o ato médico (conseqüentemente o ato do médico!), no interior do qual os outros profissionais aparecem apenas como coadjuvantes.

#### b) o processo de descentralização

A descentralização é proposta como uma forma de descongestionar os órgãos de gestão das políticas, na área, repassando-se responsabilidades específicas a organismos locais.

No Maranhão, a descentralização tem sido pensada como municipalização, regionalização e como autonomia de gestão às unidades prestadoras de serviços. Pela municipalização, ao município é repassada toda a responsabilidade das ações desenvolvidas, criando-se uma estrutura, responsável diretamente pelo manejo dos recursos do SUS, a

nível local. As críticas a esse processo estão relacionadas ao fato de que ele vem se dando como prefeiturização, isto é, reproduzindo, a nível micro, as patologias dos modelos anteriores.

A alternativa à municipalização é o processo de regionalização que representa um esforço de distribuição do poder da SES às Regionais de Saúde. Suas diretorias administrativas, auxiliadas por um Conselho de Unidade, têm autonomia de gestão local dos serviços e são responsáveis pela distribuição de parte dos recursos do SUS, na área. Nesse sentido as Dires<sup>39</sup> são parte da Coordenadoria de Assistência à Rede de Serviços de Saúde, constituindo-se em pólos importantes na estrutura da SES. A elas cabe planejar, coordenar, controlar e avaliar as atividades necessárias à implantação dos programas regionais, com vistas à promoção da saúde, em sua integralidade.

Na qualidade de mini-secretarias de saúde, as Dires devem, assim, receber o fluxo das demandas locais, decodificá-las e processá-las para que sejam formuladas respostas coerentes com as necessidades dos demandantes.

A escolha das Regionais de Saúde reflete a convicção no amadurecimento do local, o que se revela através da capacidade dos diferentes sujeitos representativos dos municípios de se articularem e criarem núcleos próprios de poder.

Até setembro de 1995, o Estado do Maranhão contava com treze Dires, cujas sedes se localizavam nos municípios de Pinheiro, Viana, Chapadinha, Santa Inês, Bacabal, Pedreiras, Imperatriz, Balsas, São João dos Patos, Barra do Corda, Coroatá, Caxias e São Luís.

---

<sup>39</sup> Propostas de regionalização dos serviços de saúde são encontradas em, praticamente, todos os planos governamentais, desde 1930, com estruturas semelhantes às atuais Dires, mesmo que com outras denominações, como as RIS, criadas com base na lei nº 3062 de 22/08/1982 do MPAS. Em todas as propostas as idéias básicas orientadoras são a hierarquização dos serviços, a desconcentração do poder e transferência de recursos a instâncias da periferia do sistema.

Um problema essencial, que se coloca em relação a essas regionais, é a forma de indicação dos gestores. Para o Coordenador de Assistência à Rede de Serviços de Saúde, elas se constituem como foco de luta, no interior das quais diferentes grupos, com interesses clientelistas, pressionam os dirigentes para ter, ali, pessoas de sua confiança. Nesse sentido, os limites no processo de autonomização dessas regiões terminam se colocando, na prática, não pela manifestação de características indicativas do seu amadurecimento, mas pelos interesses em jogo que agregam, possibilitados pelos graus de consenso ou conflitos presentes. Isto se reflete, justamente, nas dificuldades de operacionalização do SUS, em espaços geográficos-sociais estratégicos, do ponto de vista da sua capacidade de atingir núcleos populacionais mais necessitados de serviços individuais e coletivos.

Os esforços de desconcentração se revelam também em relação às Unidades Prestadoras de Serviços, as quais passam a ter autonomia na gestão dos seus recursos. Até setembro de 1995, encontravam-se nesse estágio as seguintes instituições:

Centro de Saúde Paulo Ramos, Hospital Genésio Rego Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney, Hospital Infantil Juvêncio Matos, Hospital Geral, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Nina Rodrigues, Hospital Aquiles Lisboa, Instituto Oswaldo Cruz, Hemomar e Hospital de Timon.

c) A hierarquização dos serviços e a parceria com a iniciativa privada

A organização da rede assistencial de saúde tem como parâmetro a resolutividade dos serviços. Dessa forma, incorporando o modelo desenvolvido no início da Reforma, a proposta local de organização se baseia no princípio de hierarquização, isto é, pela prestação dos serviços por unidades de diferentes categorias, obedecendo a uma escala de

complexidade crescente, que inicia nas unidades básicas e chega até às de referência.

O investimento reduzido nas unidades básicas reflete-se, hoje, pela ausência de estruturas mínimas de atendimento e pelo reduzido fluxo de profissionais nestes setores. Isto tem ocasionado uma demanda massiva às unidades de referência, as quais sofrem, relativamente, também problemas, tanto de recursos, quanto de administração, obstaculizando o atendimento aos demandantes do setor público.

Acontece, em razão disso, um duplo movimento: de um lado acirram-se as críticas à rede pública e, de outro, a busca do setor privado aparece como a alternativa mais racional, aos usuários, empurrando os que têm recursos à busca dos planos e seguros saúde, no Estado.

A parceria com a iniciativa privada, porém, tem se manifestado como um outro foco de dificuldades no contexto da organização dos serviços de saúde, neste Estado. Isso porque, ao mesmo tempo em que o SUS preconiza a necessidade de controle sobre essa articulação e define critérios, bem delimitados, para a sua efetivação, a realidade local desvela dificuldades na própria reorganização dessa relação público/privado.

Realmente, em muitos municípios maranhenses, a rede pública é incipiente ou até sucateada e, em outros, o setor privado não existe em razão da demanda reduzida de usuários, com efetivo poder aquisitivo para custear o preço dos serviços. Em muitos casos, não há controle efetivo, mas apenas nominal, por parte dos Conselhos. Esse conjunto de elementos, ao mesmo tempo em que favorece a influência, no processo decisório, de grupos políticos com interesses clientelistas e de grupos econômicos com interesses no processo de acumulação, desviando a direção da proposta original do SUS, dificulta o processo de organização e gerenciamento do setor.

Dados da DATASUS/MS/FNS de 1994, evidenciam que no Maranhão não se tem conseguido administrar racionalmente os leitos

hospitalares existentes para cobrir a perspectiva do acesso universal preconizado: a rede contratada em todo o Estado contava em 1994 com 227.966 leitos, no setor privado lucrativo (44,88% do total) e 129.087 no setor privado filantrópico (25,42% do total), contra 2956 leitos da rede pública (0,58% do total). Apesar disso, em São Luís, capital do Estado, 70% dos usuários, segundo dados do jornal “O Estado do Maranhão”, (05/11/95), no mesmo período, eram atendidos pela rede pública. Dessa maneira, sobram leitos no setor privado, enquanto a rede pública encontra-se sobrecarregada. Isto pode ser indicativo, tanto da má distribuição dos leitos no Estado, quanto das dificuldades impostas pelo setor privado para atender aos usuários do SUS, no interior das unidades prestadoras de serviços.

O caso do Hospital Djalma Marques (o Socorrão), da rede municipal de São Luís, é ilustrativo em relação à afirmação de sobrecarga da rede pública. Nele é prestado atendimento de urgência e emergência a usuários de quase todo o Estado, apesar de sua estrutura física ser reduzida, relativamente à quantidade de atendimentos realizados.

Para a Diretora desse Hospital, o crescimento sistemático da demanda, para ali direcionada, torna cada vez mais difícil a atenção profissional necessária<sup>40</sup>. E não há como mudar, a curto prazo, pois faltam recursos financeiros e espaço físico necessários.

---

<sup>40</sup> “Médicos têm que optar por doente: em meio a dor e ao desespero das pessoas que chegam ao Socorrão, os médicos são obrigados a fazer uma triagem. A ordem de atendimento é feita de acordo com a gravidade do caso. Esfaqueado, baleado, vítima de acidente de carro ou trabalho tem prioridade sobre os demais, segundo o estagiário da emergência cirúrgica, Érico Brito Cantanhede. Dependendo do caso o paciente é transferido ao Centro Cirúrgico, no segundo andar. Mais difícil ainda é a escolha para os médicos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). São apenas oito leitos que ficam ocupados o tempo todo. Entre um paciente com morte cerebral e outro com chances de sobreviver, se tiver só uma cama disponível, segundo Helena Duailibe (Diretor do Hospital), cabe ao médico decidir quem fica. A médica de rotina da UTI, Cláudia Castro, explica que o hospital não trabalha com leitos extra por falta de espaço físico e pessoal. Essa limitação faz com que o médico tome a decisão de escolher o paciente que tem capacidade de recuperação. Para nós é uma situação muito difícil. O médico não gosta de fazer isso, mas tem ser feito. O ideal é que todos tenham direito. Mas a limitação do espaço impõe esse tipo de decisão”, lamentou Cláudia. (JORNAL O ESTADO DO MARANHÃO, de 05/11/95. Suplemento - Cidades-Hospitais.)

c) a participação social

No seu artigo 198, item III, a Constituição Federal, incorpora a participação da comunidade como uma diretriz do sistema de saúde, com vistas a alcançar o fim proposto na reforma sanitária. que é, de um lado, a redução dos riscos da doença e outros agravos e, de outro, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Na estrutura do SUS, podem-se destacar duas instâncias colegiadas e permanentes que se constituem no espaço institucional da participação prevista. São elas, as **Conferências de Saúde**, que são espaços de debate agregadores dos diferentes interessados na questão saúde/doença e os **Conselhos de Saúde**, que funcionam a nível dos Estados e Municípios, com o propósito de interferência direta na gestão local do sistema.

O CES-MA<sup>41</sup>, juntamente com o Conselho Estadual de Entorpecentes, o Conselho Técnico-Administrativo e o Secretário de Estado, constituem a administração superior da Secretaria de Estado da Saúde (SES-MA). Sua institucionalização se deu em 15/07/93, através do Decreto-Lei nº 13.166-A. Como tal ele é uma imposição da Reforma Sanitária e está prevista no artigo 207 da Constituição Estadual.

Na sua composição, o CES-MA incorpora 50% de prestadores de serviços dos setores público e privado e trabalhadores da Saúde e 50% de usuários, assim distribuídos até 1994:

**a) Prestadores de Serviços Públicos** (representante do ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho de Secretários Municipais, do Hospital Universitário e do IPEM);

---

<sup>41</sup> O atual CES-MA substitui a estrutura de igual denominação, criada pela Lei Delegada nº 15 de 06/05/1969 que fazia parte da administração superior da SES, mas tinha apenas representantes institucionais. Entretanto, pelo convênio instituído entre organismos federais e o Governo do Maranhão, em 13/07/1988, foi formalizado o CERES, com 30 membros, tendo como objetivos: reformular a política de saúde no Estado e garantir a participação da sociedade, neste processo.

**b) Prestadores dos Serviços Privados** (representante da Federação dos Hospitais Privados e Entidades Filantrópicas do Maranhão;

**c) Trabalhadores de Saúde** (representantes das Entidades Médicas, das Entidades de Enfermagem, de Sindicatos de Sociedades Federais de Saúde, dos Servidores Públicos Estaduais, das Entidades de Odontologia e das Entidades de Farmácia);

**d) Usuários** (representantes da CUT, do Movimento de Mulheres do Maranhão, da Igreja Católica, da FAEMA, do MST, das Entidades Comunitárias, das Entidades Ambientalistas, da Assessoria do Movimento Popular, do MOPS, das Entidades dos Portadores de Deficiência, e das Entidades Patronais).

A maior representatividade da categoria usuários, na composição do CES, atende às postulações do movimento social organizado no Maranhão, mas deixa insatisfeitos alguns setores da burocracia sanitária que vêem nessa ampliação um deslocamento dos debates técnicos para um patamar, predominantemente, ídeo-político.

Os CES são instâncias fiscalizadoras e deliberativas às quais cabe formular políticas, definir a alocação de recursos, determinar prioridades, além de acompanhar e avaliar os serviços prestados no setor.

A relevância dos CES se dá, ainda, porque através deles os representantes podem estabelecer um controle efetivo sobre as ações dos sujeitos estatais, publicizando-se as falhas dos serviços instituídos, fazendo com que as normas do SUS, que favorecem a cidadania plena, ao congregarem direitos civis, políticos e sociais, sejam cumpridas.

A ação participativa dos CES está situada num conjunto de dispositivos jurídicos a nível dos três poderes que podem ser acionados pela população, para garantir o seu direito à saúde<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Ver a esse respeito SPOSATI e LOBO (1992, p. 369)

Os CES se situariam, para SPOSATI e LOBO (1992, p. 369), como uma forma de colocar a discussão do controle social num patamar político acima da mera “vigilância da burocracia”. Nesse sentido, o que está em questão é a presença de um “sujeito que se contrapõe”, que tem protagonismo. Elas usam, para explicar essa relação, o conceito de alteridade, isto é, a vivência da oposição em presença, quando pólos de representação se impõem, no processo, pela sua história de vida, para desvelar as ações incorretas, institucionalmente concebidas, propondo, ao mesmo tempo, uma nova forma de relacionamento na construção e na gestão das políticas de saúde.

Na história concreta do CES-MA, muitos conselheiros entendem esse espaço de controle como um campo que deve ir além do meramente administrativo, isto é, como espaço de exercício da democracia. Todavia, dois grupos de problemas têm se colocado em relação à operacionalização da intenção desses sujeitos, segundo a avaliação de dois entrevistados da ASP que são também do CES-MA, representando os usuários:

O primeiro problema diz respeito à existência de uma cultura elitista, casuística e tutelar (os termos são de SPOSATI e LOBO, 1992.) dos representantes da burocracia, o que termina por dificultar a discussão da gestão dos serviços de saúde em sua forma mais ampla, havendo uma tendência à redução das temáticas a casos particulares, inclusive, com o objetivo de “esconder os problemas” do movimento social.

O segundo problema se refere aos próprios conselheiros: ao lado dos efetivamente capacitados para o debate com os dirigentes, muitos há que não conhecem o sistema de saúde do Estado, as normas do setor e muito menos os meandros do funcionamento da burocracia da área, o que dificulta a discussão com interlocutores mais capacitados, nesses saberes específicos.

Essa fragilidade aparece no interior do CES-MA, sob várias formas: através da cooptação de representantes, os quais, por falta de

informações para argumentar ou por cumplicidade ao ter objetivos imediatos cumpridos, são atraídos no sentido de referendar as decisões tomadas na instituição; através do processo de infantilização, quando são reduzidas as informações e simplificado o debate com o objetivo de atender aos menos hábeis; ou através da defesa oral das causas de interesses do movimento popular, por agentes da burocracia, tirando-se a fala dos seus representantes legais.

Essas três formas de representações se coadunam com os conceitos de alteridade cooptada, alteridade subalternizada e alteridade tutelada, desenvolvidos por SPOSATI e LOBO (1992, p. 373).

A dinâmica da representação tem sido objeto de reflexão, não só dos conselheiros do CES-MA, representantes dos usuários, como dos agentes da burocracia da SES-MA. O que é colocado em questão é o próprio sentido do controle, ainda não devidamente elaborado.

Do ponto de vista do atual Secretário de Estado da Saúde, essa dificuldade de elaboração faz com que alguns conselheiros tentem extrapolar suas prerrogativas deliberativas e fiscalizadoras (art. 207 da Constituição do Estado do Maranhão), para a função executiva: “Eles querem gerir o sistema e não dar conselhos” .

Por outro lado, o Secretário considera muitos representantes de usuários como “não-representativos” da sociedade, uma vez que alguns dos seus membros refletiriam, ao seu ver, interesses político-partidários ou sindicais, desconhecidos dos demandantes do sistema.

Para a Diretora de Planejamento da SES-MA, é o desconhecimento desses agentes, acerca da relação demanda x disponibilidade de recursos e a ênfase num discurso essencialmente ideologizado que dificultam sua articulação nos debates no interior do CES-MA, o que termina por confundir o próprio sentido desse controle, expresso em suas funções básicas:

- publicizar a esfera pública, tanto no que se refere à ruptura com o seu caráter histórico-privatista, quanto no sentido de dar transparência às decisões efetivadas no interior do Estado.

- ampliar os espaços da democracia representativa, assegurando a saúde como direito político e social dos cidadãos.

#### **4.2 Os compromissos da burocracia da SES-MA , no contexto do SUS.**

Com o advento do Sistema Único de Saúde, a burocracia sanitária maranhense não sofreu modificações substanciais na sua composição, com exceção dos setores ligados aos hospitais universitários (não conectados à rede estatal), cujo corpo de funcionários no comando passou a ser formado, sobretudo, por professores UFMA.

De um modo geral, portanto, aconteceu, no contexto da burocracia sanitária, somente renovações nas chefias, possibilitadas pelo jogo de poder inter-elitário. Com a saída do governador Epiácio Cafeteira em 1990, para disputar a senatoria, depois de romper com o sarneysmo<sup>43</sup>, passam a dirigir o Estado o vice-governador, João Alberto (1990-1991), o senador Edison Lobão (1991-1994) seu vice José de Ribamar Fiquene (mar/dez/94) e a deputada Roseana Sarney (em exercício a partir de 1995), todos ligados do grupo Sarney.

No que concerne a SES-MA, do seu total de funcionários, destacam-se dois segmentos bem delineados: o conjunto de técnicos e o pessoal de apoio, incorporado no processo de execução das atividades, mas distanciado das decisões políticas e o grupo de gestores, responsável pela direção dada às políticas na área.

Na tentativa de deslindar a natureza desses grupos, partimos da configuração feita por SCHNEIDER e desenvolvida por GOUVÊA (1994, p.

---

<sup>43</sup> Para os aliados de Sarney, o sarneysmo é identificado “com uma nova mentalidade que se criou no Estado, tirando o Maranhão da condição de mais atrasado do Brasil, da politicagem, para ser um Estado que discute problemas” (SARNEY, entrevista concedida ao Jornal o “Imparcial em 20/11/1994). Para seus opositores, o sarneysmo significa adesão ao **mandonismo**, implantado no Maranhão pelo grupo Sarney o qual se constitui, na prática, em verdadeira oligarquia.

48-49). Entendemos que, no caso da SES-MA, pode-se identificar três categorias de burocratas, de acordo com a natureza das atividades que desenvolvem: políticos, técnicos-políticos e técnicos.

- políticos: nessa categoria se colocam, sobretudo, os Secretários de Estado, mas também alguns assessores e diretores de unidades os quais ocupam os cargos de confiança porque reúnem, ao saber técnico, a condição de articuladores da proposta governamental entre as agências internas do governo e no interior da sociedade. Entre tais dirigentes existem os que manifestam pretensão político-eleitoral, tendo alguns participado ou pleiteado participação em processos nessa área.

- técnico-políticos: nessa categoria incluem-se os burocratas que obtiveram qualificação em instituições de renome e cuja indicação para ocupar os cargos adveio do seu notório saber, em áreas específicas, o que lhe dá legitimidade junto a setores sociais estratégicos. São capazes, portanto, de repassar o discurso da saúde, de forma articulada. Ocupam, em razão desses fatos, os cargos de confiança ou dirigem setores com relativa autonomia.

- técnicos: sua atividade é de execução, mas pode colaborar na formulação de agendas governamentais. Geralmente são avessos às articulações políticas, preferindo incentivar as decisões com base em avaliação técnica da questão analisada.

O posicionamento de cada burocrata, no contexto dessas categorias, apesar de ser condicionado pela posição que ocupa na instituição, é determinado, na sua essência pela proposta ídeo-política a que cada um está vinculado. Nesse sentido, dentro de uma mesma categoria encontramos tanto sujeitos que lutam pelo avanço da Reforma Sanitária, quanto sujeitos que trabalham pelo seu refluxo.

Os grupos, que defendem a consolidação da Reforma, baseiam seus argumentos em uma concepção de justiça social, como equidade

através da qual as políticas de saúde são entendidas como veículos de redistribuição de bens e serviços.

Defendem que a parceria do Estado com o mercado seja, não só controlada, mas também ampliada, incorporando outras alternativas sociais. Isso porque, para esses grupos, deve-se romper com a convicção de que autoridade é um atributo exclusivo do Estado, a troca de mercado e solidariedade das outras instituições sociais.

Os grupos, que advogam o refluxo dos benefícios, concedidos pela Reforma Sanitária, baseiam-se na perspectiva de que, modernamente há uma falência do primado do público, da ética coletiva e, conseqüentemente da idéia de solidariedade na distribuição social de riscos e benefícios.

Para esses grupos, a prática de expansão crescente dos gastos públicos, com políticas sociais de perfil universalista, sobretudo, em condições de desequilíbrio orçamentário, ocasiona declínio no investimento, inflação e desemprego.

No contexto das atividades que desenvolvem, esses burocratas colocam em prática sua opção ídeo-política: no discurso de ataque ou de defesa ao tamanho do Estado; de preferência ou de negação pela parceria do Estado com a iniciativa privada; de favorecimento ou de contraposição à participação da sociedade na gestão dos processos sociais que dão forma às políticas de saúde.

A ação, por seu lado, referenda o discurso, através da criação de meios e procedimentos que viabilizam ou obstaculizam o fluxo das decisões no setor.

Essas formas particulares de articulação conceitual e prática da burocracia sanitária, no seu cotidiano, consubstanciam os seus compromissos com os princípios da Reforma Sanitária, emprestando-lhe um cariz específico.

Diferentes tipologias ou simples classificações têm sido formuladas com o objetivo de configurar a variedade de manifestações que traduzem a ação da burocracia estatal, na sociedade moderna.

Para algumas correntes<sup>44</sup>, à burocracia moderna cabe, tão somente, através da sua ação cotidiana, materializar o “interesse geral” ou “público” que tem seu desenho nas leis e regulamentos justificadores da existência do Estado, a partir do que ela não teria propriamente um protagonismo, uma vez que sua ação seria apenas um reflexo daqueles que efetivamente exercem o poder.

Para outros grupos que afirmam ser o Estado, sobretudo, o mediador dos interesses do mercado, sua burocracia favoreceria, em sua ação, sempre os segmentos economicamente dominantes na sociedade.

Infirmam essas premissas, as correntes que reconhecem na expansão da burocracia, e de seus espaços operativos, capacidades de decisão e pressão, o que lhe permite articular-se e concorrer com outros grupos em movimento na sociedade.

Apoiamo-nos em OSZLAK (1979), para quem, a burocracia, apesar de sua natureza “movediça”, é capaz de ter protagonismo, de colocar-se frente às questões, face ao que entende que sua ação expressa, de forma conjugada, o cumprimento de três grupos de papéis:

- quando assume, frente ao Estado, a representação dos seus próprios interesses, estaria exercendo um papel **setorial**;
- quando expressa, agrega ou promove interesses que visam favorecer grupos economicamente dominantes, estaria exercendo um papel de **mediação**; e

---

<sup>44</sup> Para uma discussão mais elaborada acerca da natureza da burocracia, dos seus espaços operativos ou da crítica de sua atuação, na sociedade capitalista, conferir, entre outros autores, MARX (1987 e 1988), MARTINS (1985), POULANTZAS (1985), WEBER (1978), OFFE (1984) e GOUVÊA (1994).

- quando se volta para cumprir os interesses representativos da maioria, expressos em leis e regulamentos, ou a atender grupos desfavorecidos na sociedade, estaria cumprindo um papel **infraestrutural**.

Se transposta essa configuração de OSZLAK para o campo da saúde no Maranhão, no contexto do SUS, temos que:

- o papel infraestrutural da burocracia sanitária está relacionado ao atendimento da Reforma Sanitária, que é o ponto de referência das ações desenvolvidas pelos agentes estatais ou à satisfação de demandas específicas dos segmentos sociais cujas necessidades ultrapassam o próprio retrato das propostas reformadoras;

- o papel setorial ou corporativista articula-se com a necessidade de auto-afirmação da burocracia, levando-a a desenvolver práticas favorecedoras do corpo de funcionários; e

- o papel de mediação leva a burocracia a atender, prioritariamente, os grupos do mercado: setores ligados à produção de serviços médico-hospitalares e ambulatorias e à venda de insumos na área.

Trabalhamos, a partir desse desenho de OSZLAK, com a idéia de compromissos que se consubstanciam pelo exercício desses papéis específicos. Definimos, assim, compromissos corporativistas, compromissos com o capital e compromissos com os “interesses gerais” ou “públicos”.

#### 4.2.1 A burocracia sanitária e os interesses corporativistas

Para CARVALHO (1994, p. 10),

*“quando se faz referência à atitude corporativista de certos indivíduos, de diretorias de associações profissionais, ou de lideranças políticas, se está subentendendo uma crítica, ainda que subliminar, ao autoritarismo que se manifesta pela exclusão de outros profissionais, seja do exercício de determinadas atividades, seja no preenchimento dos cargos”.*

Do ponto de vista de BRUNHOFF (1991, p.75-78), há três formas históricas de manifestação do corporativismo:

- no seu **nascedouro** ele tinha como objetivo “defender interesses econômicos e morais de todo o corpo profissional, para limitar o efeito do capitalismo selvagem que esmagava os indivíduos isolados”;

- o **neocorporativismo**, “entendido como sistema de negociação entre governo, patrões e sindicatos representativos das organizações profissionais”, é uma forma que se revela quando os Sindicatos materializam uma legitimidade de âmbito nacional; e

- **certas práticas corporativistas**, “baseadas em interesses econômicos próprios de uma organização profissional” que se desenvolvem como contraponto à intervenção do Estado e à extensão da noção de salariado para camadas sociais novas.

A autora, portanto, afirma a existência de um contraste, na atualidade, entre o corporativismo, como ideal de organização social e os corporativismos como “práticas de defesa de situações de direitos adquiridos” dos quais são acusadas principalmente as organizações de trabalhadores.

É no contexto dessa atitude de defesa de direitos adquiridos e de manutenção do espaço de poder que se pode estender a noção de corporativismo, à burocracia, como o faz SCHUMPETER (1984,p.365), ao expor sua teoria elitista da democracia. Para ele, uma “burocracia bem treinada, de boa posição e tradição, dotada de forte senso de dever e de não menos forte **esprit de corps**, é um elemento essencial para o êxito dos governos democráticos”. Ele entende, assim, que não basta que a burocracia seja eficiente na administração corrente e competente no aconselhamento, “ela também deve ser suficientemente forte para guiar e, se necessário, instruir os políticos...”

Essa posição ativa da burocracia é construída, de acordo com o autor, à medida em que ela é capaz, não só de criar princípios próprios mas também de ter independência para afirmá-los.

Para adquirir independência e prestígio, a burocracia precisa dar espaço às iniciativas individuais dos seus membros, reduzir os campos onde florescem as tentativas de reduzi-la e ser fruto de um longo processo de aprendizado, formando assim um poder em si mesmo, corporativista “a despeito de todo o clamor que surge quando políticos e público se defrontam com ele, como ocorre freqüentemente”. (SCHUMPETER, 1984, p.365).

Para o autor, portanto, o corporativismo, que se desenvolve no contexto da burocracia, sobretudo das elites burocráticas, é salutar para que ela possa justamente desenvolver sua ação cotidiana e orientar a ação dos dirigentes políticos em direção ao cumprimento dos objetivos institucionais.

Nesse sentido, os compromissos corporativistas da burocracia fazem com que ela construa seu espaço de poder a partir do que possa parecer legítimo, frente às outras categorias sociais: reivindica direitos, requisita a ampliação de recursos em benefício próprio, luta pela obtenção de privilégios e pelo apoio às suas iniciativas. Sua atitude, nesse particular, é de eficiência no trabalho e de apartação em relação ao próprio Estado, colocando-se como elemento destacado, portador de idéias e interesses próprios, capaz de reformular propostas, em função de sua particularidade.

Alguns entrevistados da SES-MA e da ASP, não vêem, na prática da burocracia sanitária daquela instituição, uma natureza corporativista, isto porque, em geral, a prática dos agentes estatais denota uma certa ineficiência e uma falta de empenho no trabalho que desenvolvem. Embora as causas desse posicionamento sejam colocadas, pelos funcionários, nos baixos salários que recebem, os entrevistados acreditam que a derivação desse movimento tem, como fonte, uma cultura disseminada de que a coisa pública “não é de ninguém” e, como tal, não merece empenho daqueles que não estão usufruindo, imediatamente, do poder dos cargos e de outros

retornos financeiros, além dos salários. Os salários, nesse sentido, altos ou baixos, não representam um motivo suficiente para o “sacrifício” cotidiano.

Certamente que outras razões como a repetição de ações desarticuladas entre si, a falta de qualificação ou a especialização não focalizada para os objetivos institucionais, a não-participação na formulação das propostas e a falta de cobrança, por parte dos dirigentes, são outros elementos que, ao nosso ver, podem ser computados como importantes na configuração desse processo, desestimulando uma atitude em prol da autoafirmação institucional.

A própria lógica, que orienta a formação dos corpos burocráticos, no entanto, impõe a eles uma certa obediência ao movimento de conservação do Estado, distanciando-os dos processos que visam colocar em questão o modo de organização predominante.

No caso da burocracia sanitária maranhense essa atitude se manifesta, sistematicamente, sendo que, apenas em alguns momentos peculiares, como a ocorrência de demissões, de cortes em benefícios sociais conquistados e de mobilização dos trabalhadores ligados aos hospitais e ambulatórios, é que representações da burocracia da SES-MA saem do seu insulamento, como aconteceu na greve de 1990, em São Luís.

Três fatores podem ser tidos como responsáveis, mais diretos, por essa atitude de distanciamento, por parte da burocracia: as ameaças, ora explícitas, ora latentes, de desemprego, aliadas à falta de horizonte profissional, sobretudo, aos menos qualificados; a “recompensa”, aos políticos profissionais, articulados ao governo, pelo cargo recebido como favor; e a manifestação de crítica, dos diferentes segmentos sociais, ao Estado, pela dificuldade de solução da questão saúde/doença que é direcionada à burocracia, como uma de suas formas concretas de representação, o que faz esse sujeito aparecer como um ente deslocado da sociedade.

Há uma certa confusão entre esse encapsulamento real e a idéia de uma ação corporativista, por parte da burocracia. No caso da SES acontece, de fato, a primeira opção, uma vez que os dois componentes principais, desta última, não estão presentes no processo: a solidariedade, na luta por interesses concretos e a colaboração, daí advinda, com vistas à eliminação ou neutralização de conflitos.

Com essa análise concorda o Coordenador de Assistência à Rede de Serviços de Saúde. Para ele esse insulamento, em si, denota um certo viés, uma vez que uma prática corporativista, na verdade, singulariza alguns funcionários pela sua vinculação em categorias de trabalhadores e não pelo fato de pertencerem ao corpo de funcionários da Instituição. É o caso dos médicos, detentores da maioria dos cargos comissionados do setor, os quais se auto-protectem, profissionalmente, para conservar o exercício semi-autônomo da sua prática, mesmo nos espaços estatais.

Mesmo sob a nova lógica dual produção/faturamento, construída pela Reforma, esse profissional é, praticamente, imune ao controle institucional ou da sociedade, orientando sua ação pela perspectiva da responsabilidade individual em relação ao cumprimento de princípios abstratos de “democracia”, “ética médica”, “respeito à cidadania”, “apostolado médico”, ou concretos, da “necessidade de sobrevivência”. É a defesa, portanto, desse espaço de poder e liberdade que move esse profissional a assumir uma postura de autodefesa da categoria, atitude que se manifesta em todos os espaços e em todos os momentos.

Para a Diretora de Planejamento, portanto, contrariamente, a uma atitude corporativista, o que singulariza parte dos burocratas do SES-MA é a utilização de estratégias individuais para se manter nos cargos, ou a eles ter acesso como titulares. Há pessoas, dessa forma, que usam do mecanismo do favor, e da subserviência conseqüente, para permanecer em postos de mando, muitas vezes diferenciados, mas que lhes permitem

usufruir do poder técnico, administrativo e político, além da complementação salarial.

A entrevistada salienta, no entanto, que nem todos os que ascendem aos postos, nos quais usufruem de comissões, se enquadram nesse perfil: alguns burocratas são mantidos ou ascendem aos cargos comissionados ou às funções gratificadas, por mérito, em razão da competência adquirida através da especialização ou da experiência cotidiana, o que lhes empresta legitimidade no exercício profissional.

Nessas situações, em razão da capacidade que esses agentes adquirem, controlando informações, sumariando assuntos sofisticados, capazes de causar impacto e oferecendo, aos gestores, alternativas politicamente racionais, às vezes, são até delegados a tomar decisões, mais amplas, geralmente a cargo dos burocratas políticos, especialmente os Secretários de Saúde.

As diferenças, portanto, entre os funcionários estatais que usam a esfera pública, preferencialmente, para influenciar o sistema político em proveito próprio, ou para beneficiar grupos já socialmente privilegiados, e os que procuram, na sua prática, respeitar as decisões publicamente consensuais, são reconhecidas, até mesmo pelas forças sociais que adotam uma postura de oposição aos encaminhamentos, hoje dados pelos gestores estaduais, à Reforma Sanitária.

Os entrevistados da ASP, dessa forma, apontam políticos, técnicos e técnicos-políticos que adotam a seriedade no trabalho que desenvolvem, destacando agentes capazes, até mesmo, de estabelecer uma certa aliança com o movimento popular. Isso, de um modo geral, desde que não ultrapasse os limites impostos pela lógica reformadora (excepcionalmente, encontramos sujeitos da burocracia, interessados na ruptura com o modo de produção vigente no país).

Essa análise das entrevistadas da ASP, coincide com o que teoriza POULANTZAS (1985, p.177), acerca da lógica corporativista do

pessoal do Estado. Para ele, há na natureza mesma da burocracia uma tendência natural de auto-proteção que, mesmo não estando explícita no cotidiano, se manifesta em situações de crise. Dessa forma, para contrabalançar as ameaças latentes ou explícitas, postas ao Estado no seu papel de autoridade e árbitro, os funcionários da burocracia tendem a se aliar com o lado oposto ao movimento de ameaça, face ao que não está sempre ao lado dos interesses das classes dominantes: se as ações intimidativas provêm de grupos econômicos poderosos, estabelecem pactos com os grupos subordinados. Até mesmo são capazes de questionar seus privilégios num movimento “esquerdizante”.

Por outro lado, as características, apontadas pelos agentes entrevistados que infirmam a existência de um “salutar” corporativismo que moveria o funcionário a um melhor desempenho no trabalho, para “parecer melhor” frente aos usuários dos serviços e aos funcionários de outras instituições estatais, dão suporte empírico às posições ídeo-políticas, favorecedoras da necessidade de redução do Estado, inclusive na sua dimensão de promotor do bem-estar. É essa posição que se reflete na luta atual pela queda da estabilidade e pela ameaça subliminar de demissões em massa, no contexto do emprego público.

Alguns entrevistados da SES-MA, mesmo sem defenderem a demissão de funcionários, refletem que a posição histórica dos governantes maranhenses, nas duas últimas décadas, de aumentar a massa de funcionários com fins político-eleitorais, favoreceu o inchaço da máquina estatal, de tal forma que, no setor saúde, parte desses servidores não é necessária à operacionalização das políticas desenvolvidas na área.

#### 4.2.2 A burocracia sanitária e os interesses do capital

A articulação dos agentes do Estado com o setor privado já foi convenientemente trabalhada por vários autores entre os quais se destaca OFFE (1984). Para ele, os detentores dos cargos públicos não podem romper, na sua prática, com os limites impostos pelo processo de

acumulação, uma vez que dele depende seu próprio poder. Por outro lado, aqueles atores que possuem um mandato conferido, através de processos democráticos, no contexto de um Estado, concebido com a representação do interesse geral, são obrigados a esconder, em sua ação, a própria natureza capitalista do Estado, através de regras amparadas no formalismo.

Nesse sentido, à burocracia estatal compete conciliar as funções de acumulação e legitimação, harmonizando-se com o meio social e econômico em que está inserida. O maior ou menor desvio, em relação ao cumprimento dessas funções, é possibilitado, sob o capitalismo, pela vitalidade das Instituições sociais que lutam para favorecer os interesses do mercado ou das que defendem os interesses “gerais” ou “públicos”.

Quando o SUS começa, efetivamente, a ser operacionalizado no Maranhão, três características peculiarizam o setor privado na sua relação com o Estado:

a) avanço tecnológico e no empresariamento do setor que se distancia da prática médica liberal, do consultório individual, sem perder de vista, no entanto, a sua lógica de ação baseada na monopolização do saber médico e na sua identificação como único saber verdadeiro na área.

b) expansão da rede privada em relação à rede estatal, sobretudo nas áreas, tidas como de maior lucratividade, que são os hospitais. Segundo dados da DATASUS/FNS/MS de 1994, enquanto a rede pública cresceu, no período 1985/90, no Estado, 422% no que diz respeito aos postos de saúde (de 109 unidades em 1985, o setor passou para 569, em 1990) e reduziu 29% em quantidade de hospitais (de 45 unidades, em 1985, subiu para 66, em 1987, decrescendo para 32, em 1990), a rede privada, que já era maior, nesta categoria (193 unidades em 1985), continuou crescendo (passou a 196 unidades em 1990).

c) dificuldade de romper com a sua dependência histórica em relação aos recursos públicos, iniciada na década de 60, em todo o país e que se revela através dos convênios efetivados e na capitalização do setor.

Nesse sentido, no Maranhão, o fenômeno de invasão do espaço estatal por agentes do mercado tem sido, de certa forma, no contexto da Reforma Sanitária, uma extrapolação do processo de privatização do espaço público, advogado por BOBBIO (1992) como uma característica da modernidade, ao lado da publicização do espaço privado.

Realmente, o que se pode concluir dos depoimentos dos entrevistados e das denúncias da mídia é que, aqui, os interesses do mercado, além de serem representados por agentes da burocracia e do legislativo, simpatizantes descompromissados com o “interesse geral”, há uma tendência de participação direta dos próprios atores do setor privado no exercício da gestão estatal.

Essa afirmação pode ser ilustrada pela ação do Secretário de Estado, em 1991, que durante sua gestão à frente da SES-MA, continuou a exercer trabalho profissional no setor privado. Para ele, a liberdade desse duplo exercício deve ser garantido de fato. Inquirido por parlamentares, em sessão legislativa, em março de 1991, afirmou sua capacidade de colocar os “interesses gerais” acima dos seus próprios interesses empresariais, embora, para os observadores locais e pessoas entrevistadas, sua prática na SES-MA revele a incompatibilidade dessa articulação.

Esse processo explícito de “invasão”, por outro lado, dificulta a defesa do Estado, até mesmo por aqueles que entendem essa organização como instância vital da sociedade. Isto porque as conseqüências deste processo conduzem o Estado real a incapacidade de operacionalizar os projetos de “interesse público”, referendados no arcabouço jurídico do país compelindo, portanto, à negação da sua necessidade histórica.

Mesmo após a regulamentação introduzida com a Constituição de 1988, o setor privado, na área da saúde, é chamado a participar como

parceiro num trabalho de complementaridade ao desenvolvido pelo setor estatal, mas a sua articulação no processo não corre riscos acima das responsabilidades explicitadas nos contratos. Sempre que há possibilidades de que isso venha a ocorrer, medidas são tomadas como contraponto a esse movimento, muitas vezes sob forma de irregularidades, ora do ponto de vista jurídico, ora do ponto de vista de princípio ético de sobrepor, aos interesses coletivos, os interesses privados.

Para o setor privado, no entanto, representado pelos HMAs e SHM, que juntos congregam mais de 60% dos hospitais particulares, o setor privado corre riscos efetivos na relação com o Estado. Eles apontam como problemas que obstaculizam a operacionalização do SUS no Maranhão não a ação do setor privado, mas:

a) a interferência político-partidária no processo de distribuição das AIH's ; e

b) a reduzida participação das Entidades privadas no processo de municipalização.

Não concorda com essa avaliação o Coordenador de Assistência à Rede de Serviços de Saúde. Segundo ele, de um lado, a rede privada foi justamente a maior beneficiada histórica dessa interferência com a qual diz não concordar. Os problemas operacionais que se revelam através de ameaças de paralisação de atendimento pelas entidades, ao seu ver, ocorrem em razão do contexto recessivo por que passa o país e que se reflete, também, no setor privado e não da preocupação ética, explicitada pelos representantes das organizações. Por outro lado, o espaço institucional de participação do setor privado na gestão do SUS, que é o Conselho, não conta com o representante do setor privado nas reuniões ordinárias, onde são discutidos os problemas e encaminhamento feitos na área de saúde. Não é pertinente, portanto também, o segundo elemento apontado.

Com relação à denúncia de práticas irregulares desenvolvidas pelo setor privado, o Secretário de Saúde entende que o próprio Estado cria mecanismos que os favorecem, como o não ressarcimento, a preços reais, dos serviços prestados pelo mercado, nas relações de convênios<sup>45</sup>. Acredita, assim, que o empresariado termina utilizando vieses como formas alternativas de sobrevivência e não como corrupção, no sentido estrito.

Para outros entrevistados da burocracia, o não cumprimento dos princípios do SUS e a utilização de irregularidades, pelo setor privado, devem ser computados à ausência de um efetivo controle e avaliação dessa instância pelo Estado, como ocorre, por exemplo, em relação ao pagamento do setor privado, através das medidas oficiais.

Realmente, a prática da SES-MA, na relação com o setor privado, tem sido o aceite do plano de metas das empresas prestadoras de serviços e o recebimento posterior dos documentos comprobatórios do cumprimento dessas metas. O resultado desse trabalho de avaliação do fluxo de formulários devidamente preenchidos, é, posteriormente, informado ao Ministério da Saúde que autoriza o pagamento às instituições de mercado.

É nesse intervalo que ocorriam, até 1994<sup>46</sup>, os atos explícitos de favorecimento de grupos do setor privado por, agentes-chave da burocracia: aquisição de material e contratação de serviços de terceiros sem licitação, convênios pendentes de prestação de contas, fragmentação da despesa para evitar a concorrência, financiamento de procedimentos especiais (faz-se uma tomografia e o Estado paga por três, por exemplo), ocupação irregular de leitos, entre outros. Algumas dessas práticas foram constatadas pela CPI da Saúde, instalada em 03/04/91.

---

<sup>45</sup> Enquanto na prática médica liberal uma consulta oscila em São Luís-MA, entre R\$ 60,00 e R\$ 80,00, o SUS paga R\$ 2,00 pela mesma consulta ao setor privado (valores de outubro/95).

<sup>46</sup> . Segundo o Diretor de Assistência à Rede de Serviços de Saúde da SES-MAS, refletindo um esforço de mudança no processo de controle do setor privado, a sistemática da SES-MA deve se voltar para contrapor o plano de metas das instituições conveniadas com os resultados dos serviços efetivamente prestados. Nesse sentido, como primeira etapa, no momento, está sendo feito um cadastramento do setor saúde em conjunto com as entidades representadas no CES-MA.

As irregularidades, identificadas pela CPI, estão referidas, tanto às relações estabelecidas entre o Estado e o mercado, quanto à má administração da coisa pública, sendo examinados como tal os seguintes eventos:

a) **medicamentos**, destinados às instituições médicas do Estado, deteriorados por falta de cuidados especiais, destacando-se 700 mil ampolas de penicilina e 100 mil soros de reidratação oral;

b) **material pedagógico não-utilizado**, num total de 500 mil exemplares de cartilhas.

c) **licitações irregulares**, destacando-se: desdobramentos para evitar concorrências; firmas vencedoras de várias licitações, ao mesmo tempo; envio de cartas-convite sem o conhecimento de todos os interessados, favorecendo “protegidos”; prazos de contratação vencidos para justificar termos aditivos nos contratos; firmas com razões sociais diferentes pertencentes a um mesmo proprietário;

d) **contratações irregulares de leitos**: tais contratações não obedeceram às indicações da OMS<sup>47</sup>, segundo as quais, o município de São Luís, já possuía 202 leitos a mais do que sua necessidade apontava. Os 781 leitos a mais contratados se constituiriam , assim, como uma transferência intencional de recursos à rede privada.

e) **manipulação e distribuição irregular de AIH e superfaturamento de Hospitais.**

Nessa categoria o Relatório publicado da CPI destaca: rasuras nos documentos de distribuição de AIHS; cobranças de diárias em UTI's em índice superior à capacidade hospitalar; implicando a possibilidade concreta de internações de dois ou mais usuários no mesmo leito, ao mesmo

---

<sup>47</sup> Segundo a OMS, a rede hospitalar de uma região deve ser capaz de atender a 10% dos seus habitantes/ano.

tempo<sup>48</sup>; classificação dos Hospitais (Índice de Valorização Hospitalar - IVH), através de critérios políticos e não técnicos, incorrendo em distorção como o de ter um hospital em Aldeias Altas (interior do Maranhão, com 18.568 habitantes em 1991), o IVH superior a muitos hospitais de São Luís; hospitais filantrópicos com adulteração da razão social, recebendo recursos duplamente, com o mesmo CGC (Santa Casa de Misericórdia do Maranhão e Santa Casa de Misericórdia de São Luís).

No relatório, publicado pela CPI, o código 7, destinado ao pagamento por produção do médico, no setor privado, embora juridicamente legal, é tido como instrumento valioso, que estaria estimulando este profissional a atrair usuários dos hospitais públicos às instituições conveniadas. Isto porque, enquanto no setor privado, o médico é ressarcido diretamente por seu trabalho, no setor público a gratificação SUS é repartida entre os diferentes profissionais, responsáveis pelo chamado ato médico.

Processos sistemáticos e deliberados de atração de usuários a instituições privadas, ao nosso ver, são eticamente incorretas, à medida em que, na prática, estas instituições, no Maranhão, geralmente não oferecem alternativas de melhor atendimento aos que não pagam diretamente (“os cliente do SUS”). Nesse sentido, o que acontece é a transferência de recursos públicos que beneficiam o profissional individualmente e as instituições privadas, esvaziando de recursos o setor público.

As duas conseqüências articuladas desse conjunto de processos são:

- a exclusão da classe média do sistema que, inconformada com a modesta igualdade oferecida no setor público, passa buscar a rede particular supletiva, construída com o suporte dos planos privados de

---

<sup>48</sup> Segundo a CPI na Casa de Saúde e Maternidade de Caxias, em janeiro de 1990, foram cobrados 1179 diárias, 368 a mais do que a capacidade de instituição, totalizando 39,2 diárias/dia, quando o máximo permitido seria 30 diárias.

saúde, configurando o fenômeno de universalização excludente trabalhado por FAVARET e OLIVEIRA (1989)<sup>49</sup>

- o sucateamento, cada vez mais acelerado da rede pública de saúde, deixando desassistida a maioria dos demandantes do sistema.

Para os sujeitos sociais, entrevistados da ASP, a expressão do Estado, no campo da saúde, no Maranhão, não é pública e sua burocracia não é eficiente, justamente quando se trata de atender às demandas advindas dos setores menos favorecidos nesse processo de universalização excludente, isto é, aqueles que não podem optar pela rede privada supletiva.

Os tomadores de decisão, na esfera estatal não são capazes, portanto, de incorporar as propostas expressas pela população que, em situações diversificadas, é capaz de manifestar diagnósticos da realidade que poderiam, se incorporadas à agenda pública, em forma de políticas, aproximar as elites burocráticas de seu compromisso formal, com a idealização do cumprimento do “interesse geral”.

Nesse sentido, para a ASP, o seguinte diagnóstico da rede assistencial pública de São Luís, no ano de 1993, feito pelos usuários dos serviços de saúde de bairros periféricos da capital, demonstra a precariedade do sistema de saúde:

- postos de saúde inadequados para o atendimento;
- dificuldade de acesso dos usuários para efetivar o atendimento;
- descontinuidade do tratamento;
- ausência de medicamentos nas unidades de saúde;

---

<sup>49</sup> Os autores entendem esse processo como um movimento de discriminação positiva do sistema, sempre que ocorre demandas por expansão universalizante. Para FLEURY (1994, p. 224) o que os autores não consideraram na sua análise, foi que as camadas demandantes da rede privada supletiva são exatamente aquelas que têm maior poder de vocalização na luta pela melhoria do setor público. A ausência desses setores contribui, a seu ver, justamente para inviabilizar o atendimento aos mais necessitados.

- contaminação hospitalar;
- redução do número de ambulâncias;
- superlotação dos hospitais;
- lentidão no atendimento;
- tabela de atendimento médico não conectada com os dias do efetivo exercício desse profissional, nas unidades de saúde;
- inexistência das condições determinantes da saúde no Maranhão: acesso à moradia, alimentação, educação, trabalho entre outros.

Para os entrevistados da ASP, o desvelamento dos entraves do sistema e das relações favorecedoras da ação do mercado, no campo da saúde, em detrimento do “interesse geral”, tem dificultado a convivência dos agentes mais críticos no CES-MA. No seu entendimento, a burocracia cria mecanismos para dificultar o controle popular, com vistas a beneficiar o fluxo de interesses privados no campo da saúde. Entre esses mecanismos, o mais direto é “a pressão psicológica para saída dos representantes do movimento social”, a qual se expressa através de várias formas entre as quais se destacam: ocultação e complexificação de informações e a morosidade nas decisões, relacionadas à efetivação desse controle.

Portanto, do ponto de vista dos entrevistados da ASP, no caso do Maranhão, as evidências indicam não haver propriamente uma desvinculação entre a concepção das elites burocráticas a respeito da Reforma Sanitária e a forma de sua operacionalização neste Estado. A reorganização do “setor público, com vistas a capacitá-lo para responder à demanda da população por serviços eficazes, promovendo-se a justiça social”, tal como preconizado, por exemplo, na **Proposta de Estruturação dos Níveis de Atuação da Secretaria de Saúde** (1993) desvelaria muito mais a preocupação dos burocratas em adequar o Estado ao arcabouço jurídico vigente do que o desenvolvimento de medidas direcionadas à

mudança do perfil de morbi-mortalidade, que é o fundamento básico das propostas das Entidades representativas dos usuários da saúde.

Do ponto de vista dos representantes da ASP as propostas da SES para responder à demanda social em prol da Reforma Sanitária, deveriam comportar um **princípio** – a responsabilidade do Estado pelo gerenciamento e controle do sistema de saúde; um **modo de organização** - o aproveitamento dos recursos humanos e materiais, além da busca do financiamento para o setor; e uma **estratégia de ação** - a utilização do comando único na condução da Política Estadual de Saúde.

Obviamente que o favorecimento dos interesses individuais de agentes da burocracia ou do mercado, em detrimento dos “interesses gerais”, denunciado pelas Entidades do Movimento Popular e detectado através de nossos estudos, não se aplica indistintamente à ação de todos os burocratas do setor e nem pode ser compreendido como atitude sistemática e deliberada para afastar a SES dos seus objetivos, uma vez que isso negaria até sua própria existência. Representa, no entanto, uma certa desesperança do setor com relação a efetivação da Reforma em sua plenitude, com a possibilidade de um refluxo nas conquistas, garantidas pela Carta Constitucional de 1988.

#### 4.2.3 A burocracia sanitária e os interesses “públicos” ou “gerais”

O mandato, que confere autoridade aos agentes do Estado, sob o capitalismo para desenvolver suas práxis específicas, é o conceito de Estado como idéia de representação dos “interesses gerais”, o que obriga essa organização a esconder sua própria essência através de regras formais e funcionários “neutros”. A afirmação da sua existência é assim, a negação de sua natureza. “Sua existência só é possível na medida que utiliza símbolos e fontes de apoio que escondem sua natureza como um Estado Capitalista” (OFFE apud CARNOY, 1990, p.172). Precisa, portanto, parecer que é igualmente receptivo às demandas de todos os grupos presentes na sociedade, expressas, a partir de processos democráticos.

Nesse sentido, os chamados “interesses gerais”, representados nas políticas públicas, nada mais são que resultados de negociações coletivas, nas quais são expressos consensos possíveis.

A Reforma Sanitária se coloca como a manifestação do “interesse geral” nesse sentido, exatamente porque resultou, como vimos no item 3, deste trabalho, de consensos públicos amplos, traduzidos em projetos que foram absorvidos pela esfera pública, depois de confrontados com outros projetos e após conseguir a atenção dos tomadores de decisão.

Para alcançar a agenda pública, a Reforma passou por dois movimentos concomitantes: foi discutida exaustivamente em foros específicos (Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Grupos, Partidos, Associações, Sindicatos e etc.), e depois foi capaz de sensibilizar a opinião pública pela natureza mesma do problema, pela capacidade de convencimento dos agentes sociais interessados e pela força da mídia.

A materialização de ações infraestruturais, representativas dos “interesses gerais”, se pauta nos objetivos formais do Estado e no corpo de leis vigentes, para o cumprimento dos quais a burocracia produz bens, serviços e regulamentos.

O interesse geral, nesse sentido, no dizer de OSZLAK (1979), é traduzido em normas, viabilizado por estruturas e condicionado pelos compromissos assumidos pelos agentes executores das decisões tomadas globalmente.

No setor saúde, o interesse geral por uma saúde universal, hierarquizada, descentralizada e controlada publicamente, é traduzido na Constituição Federal através dos seus artigos 196, 197, 198, 199 e 200, do Título VIII - Cap. II - Seção II; na Constituição Estadual do Maranhão através dos artigos 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, e 214. Título VIII, Cap. II - Seção II e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nºs 8080/91 e 8142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde, definindo

seus objetivos e atribuições, seus princípios e diretrizes, sua organização, direção e gestão, suas competências, as atribuições das três instâncias (federal, estadual e municipal), a participação complementar dos serviços privados, os recursos humanos, o financiamento e o planejamento orçamentário.

A consecução do interesse geral na legislação, que normatiza o campo da saúde, é, pois, representada pela viabilização da Reforma Sanitária, fazendo-se cumprir as normas protetoras do cidadão, que resguardam o chamado “bem-comum” do qual o Estado é tido como responsável. Uma vez que suas políticas resultam de um esforço coletivo e da arrecadação de impostos da população como um todo, constituem-se em violações ao objeto que a norma jurídica se propõe a proteger qualquer transgressão nesse nível. Nesse sentido, o ato de não referendar a operacionalização da saúde, como um bem indisponível de todos os que habitam o país, seria situado assim, em tese, na categoria de crime contra a sociedade.

Da análise do conteúdo dos compromissos da burocracia, pode-se afirmar que uma grande vitalidade dos movimentos sociais é fundamental no redirecionamento da ação desse agente às ações infraestruturais. Dessa maneira, em situações concretas de sociedades, cuja história é transpassada por períodos não democráticos, tende a correr o predomínio de decisões verticais e, portanto, uma subordinação da sociedade ao poder burocrático, centralizado em instituições específicas, favorecendo processos de feudalização e privatização da máquina estatal, sendo construídas as relações de conciliação com a sociedade através de mecanismos clientelistas/paternalistas. Um exemplo dessa afirmação é o que ocorreu nos períodos autoritários e até de transição, referidos nos itens 2 e 3 deste trabalho.

Em casos concretos onde ocorrem, predominantemente, relações democráticas, tende a haver, segundo GOUVÊA (1994, p.73), um

rompimento do “**casulo**” (grifo da autora), colocando a burocracia “frente a frente com políticos, com o legislativo, com os grupos de pressão da sociedade, com as corporações do próprio Estado”. Em qualquer caso, porém, a burocracia “não abandona sua postura de representante dos interesses públicos” e, pode chegar a se fortalecer quando for “o único (grupo) com propostas técnicas claras e consistentes, diante de grupos equipados apenas com propostas abstratas e sem receitas operacionais”.

Pelo fato de serem resultados de consensos públicos, as leis são incapazes de satisfazer os interesses dos diferentes segmentos em movimento na sociedade. Isso explica porque os grupos menos contemplados continuam em luta por maiores ganhos ou pelo efetivo cumprimento das propostas desenhadas, num trabalho constante de denunciar e propor alternativas. No Maranhão, faz parte da plataforma dos representantes dos partidos de esquerda, no legislativo, entre os quais se destacam, no período, o PT, o PSDB e PDT e PSB, e do movimento popular, a luta pelo cumprimento dos princípios de universalização, descentralização e participação social, preconizados pelo SUS.

As denúncias mais sistemáticas desenvolvidas por esses setores são acerca do mau gerenciamento das Instituições prestadoras de serviços e do desvio dos recursos existentes para fins distanciados dos interesses mais gerais da sociedade. As propostas têm, geralmente, como escopo aproximar o Estado das demandas sociais.

Exemplo da primeira situação - **a estratégia da denúncia** - é a que ocorreu em 1991, em diferentes sessões do Legislativo Estadual, sobre o mau gerenciamento do setor saúde e sobre as irregularidades cometidas pelos gestores para se auto-beneficiar ou para favorecer os interesses de grupos do mercado o que deu origem a CPI, cujos resultados foram expostos neste trabalho.

Uma das denúncias aqui reproduzidas foi feita sobre o não funcionamento do processo de distritalização através do qual o usuário

seria atendido, em situação de crise, em unidades sanitárias próximo do seu domicílio. A unidade mista situada no Maiobão, bairro populoso e distante do Centro da cidade, como tantos outros, não estaria servindo aos propósitos do SUS uma vez que o funcionamento do setor era reduzido durante o dia e não funcionava no turno noturno, favorecendo a danificação ou o desaparecimento de equipamentos essenciais ao atendimento do usuário.

Exemplo da segunda situação - **a estratégia do desenho de propostas** - pode ser representada pela proposta da Plenária Popular e Sindical de Saúde, e divulgada em 1991, em Encontro Nacional, que reivindicava para o cumprimento da Reforma Sanitária:

- distribuição justa dos recursos entre as unidades da rede, privilegiando o setor público;
- valorização do trabalhador do SUS: salário digno, melhores condições de trabalho e implantação do PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários;
- definição da contrapartida do Estado no orçamento;
- utilização dos recursos da Saúde nas unidades, de tal forma a não permitir beneficiar apenas os profissionais;
- criação dos Conselhos Municipais;
- supervisão das redes públicas e privada, com vistas a coibir práticas fraudulentas e controlar a qualidade da assistência prestada e das condições de trabalho oferecidos;
- financiamento do SUS, através de critérios determinados pelo Artigo 35, da LOS 8080/90.

Para as entidades ligadas ao Movimento Popular do Setor Saúde no Maranhão, sendo a saúde um direito de todos, materializar esse princípio implica que o Estado “assuma explicitamente uma política de

saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, onde a população tenha o direito não só de avaliar, mas de participar do processo de formulação e gestão da política” ( PROPOSTAS ... 1991, p.5).

Para os entrevistados, representativos das elites burocráticas do setor saúde maranhense, todavia, de um modo geral, a concepção ampliada de saúde e a conseqüente universalização dos serviços de assistência médico-hospitalar, tal qual está preconizada na proposta do SUS, é incompatível com a realidade sócio-econômico-política do país.

Do ponto de vista do Secretário de Estado da Saúde, a Reforma Sanitária, tal como foi desenhada, apesar de representar os “interesses gerais”, é incapaz de operacionalizar seus princípios básicos, tornando-se uma proposta teórica sem suporte na realidade. Ele fundamenta sua avaliação com base em evidências que observa no cotidiano de sua experiência profissional:

- a diretriz de **descentralização** é inviabilizada, na maioria das cidades maranhenses, em razão das exigências legais. Aponta como exemplos ilustrativos a obrigação de formular o Plano de Cargos e Salários (“uma exigência desnecessária, corporativa”) e de utilização de 10% do orçamento para a saúde como contrapartida local ao processo de municipalização. Em face disso questiona: “como cumprir essas atribuições se parte significativa das Prefeituras não paga nem o salário mínimo aos seus funcionários e sua arrecadação é insuficiente para custear as despesas rotineiras”?

- o **controle social**, desenvolvido pelo CES-MA, é incapaz do exercício fiscalizador e deliberativo a que se propõe, uma vez que seus membros compõem-se de três grupos:

o **primeiro** ignora a lógica do sistema e as tramitações burocrático-políticas, necessárias à operacionalização do SUS; o **segundo** defende interesses distanciados das demandas coletivas; e o **terceiro** é minoritário, não podendo influir, de fato, nos debates;

- a **universalização** não pode ser efetivada porque o fundo público é decorrente do processo de acumulação. No caso brasileiro, se ele sofre crises sistemáticas, associando-se produção reduzida, desemprego estrutural e conjuntural e mais a não utilização de mecanismos que permitam ao Estado recolher os impostos, devidos pelo setor privado, sobretudo médias e grandes empresas, não há recursos para custear tal proposta. Por outro lado, o repasse do fundo federal ao setor privado, não foi pensado num contexto de fiscalização. Sem fiscalização, a rede privada toma conta do sistema.

A Reforma Sanitária, portanto, que é a referência para o trabalho da burocracia e para a luta dos setores sociais organizados, não conseguiu se impor, até aqui, para operacionalizar seus princípios constitucionais. Muito menos tem conseguido no sentido de articular outras áreas, em prol da reforma do Estado, com vistas a superar os limites do capitalismo, como foi pensado em seu projeto original<sup>50</sup>.

## 5 CONCLUSÕES

O que procuramos demonstrar, no decorrer deste trabalho, é que a Reforma Sanitária se constitui, efetivamente, num avanço em termos jurídicos e conceituais, evocando uma perspectiva de bem-estar social, bastante aproximada das propostas reformadoras, contidas nas pautas de lutas do movimento social, na área da saúde. Contudo, o modo como, no Maranhão, os serviços foram organizados e gerenciados, até 1994, não revela mudanças substantivas, em relação aos modelos anteriores.

A Reforma Sanitária surge como uma contraposição ao modelo assistencial-curativo e se apresenta como proposta nova ao corporificar, a nível normativo, o princípio de justiça como equidade. Esse princípio está

---

<sup>50</sup> Cf. ESCOREL 1989, p. 185.

expresso através da garantia da universalização e gratuidade dos serviços de assistência médico-hospitalar, odontológica e farmacêutica, sob a responsabilidade do Estado. Aponta, ao mesmo tempo para a dissolução da dicotomia preventivo/curativo e incorpora a sociedade organizada na gestão dos serviços.

A emergência da Reforma Sanitária, por outro lado, se dá num contexto histórico internacional em que se encontra em crise o paradigma que a embasa: sua base material, suas instituições, suas regras, sua cultura e sua ética peculiares, apresentando-se, como alternativa, o retorno à centralidade do mercado, como vetor natural de distribuição, com a redução do Estado, enquanto produtor e promotor do bem-estar.

Esse confronto, de projetos ídeo-políticos, aparece no Maranhão, a nível da prática institucional da SES, aliada a dois outros fatores, determinando o perfil do processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde.

O primeiro fator está relacionado aos recursos destinados ao campo da saúde, progressivamente reduzidos, tanto em decorrência da crise no processo de acumulação, quanto da direção política que se vem imprimindo, nesta década, ao país, justamente, quando se inicia a operacionalização da Reforma Sanitária.

O segundo fator se refere às marcas históricas, inerentes à máquina do Estado, no Maranhão: na sua relação com a sociedade e o mercado, se revelam pela cultura do favor, pelo clientelismo, e pela feudalização do espaço público, distanciando-se das demandas da maioria da população; no gerenciamento dos serviços, esses elementos aparecem revestidos, ainda, pela adoção de medidas sem avaliação efetiva, provocando o descompasso entre as propostas originais das políticas e as ações delas decorrentes.

A estrutura física e as bases burocrático-institucionais configuradoras do campo da saúde, neste Estado, foram edificadas no

período 1930-1964, quando também se foi instituindo uma cultura e uma ética correspondentes, assentadas em relações tradicionais, decorrentes da forma como se foi estabelecendo a articulação do Estado com a sociedade e o mercado.

Esse período se caracteriza pela inexistência de regras estáveis no jogo do poder político, pela criação de canais paralelos de participação, dos quais se beneficiam setores sociais, não especificamente, pela sua condição de cidadãos, mas pelas relações afetivo-clientelistas, desenvolvidas com os dirigentes. Estes se auto-instituem, no Maranhão, mediadores entre Estado e sociedade, criando cadeias de comando rígidas, com as quais controlam as instituições públicas e privadas. Esse padrão determina, também, o perfil da burocracia responsável pela gestão das políticas, na área da saúde.

Nesse campo, se identifica, sobretudo, nos documentos referentes à primeira fase analisada, neste Estado, (1930-1945), um esforço que se orienta em três direções principais: de organização dos serviços assistenciais, com ênfase na operacionalização de medidas higienistas; de qualificação dos profissionais que passam a ocupar os cargos de direção na burocracia sanitária; e de regionalização dos serviços, através dos Distritos Sanitários.

Na segunda fase (1946-1964), em que o país retorna ao Estado de Direito, no Maranhão vivencia-se uma experiência “coronelista”, com o controle das instituições públicas e o veto aos opositores.

A atenção médico-hospitalar aparece desvinculada das medidas de prevenção e, reproduzindo a apatia política característica do momento, não são percebidas ações propositivas no sentido de mudar as formas de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde.

A partir de 1965, a perspectiva modernizadora do Regime Militar que se instala no país, faz emergir um novo modelo de atenção à saúde, caracterizado pelo privilegiamento dos atos de cura que se efetivam de

forma dicotomizada em relação aos atos de prevenção, promoção e reabilitação; pelo financiamento das ações individuais de saúde, com recursos previdenciários; e pela transferência de recursos de fundo público a frações do capital, situadas na área, através de contratos para a prestação dos serviços demandados.

No Maranhão, preconiza-se a modernização da máquina administrativa e a mudança na definição de critérios e prioridades na formulação de políticas e na distribuição de recursos, defendendo-se a articulação do Estado no projeto desenvolvimentista gestado, a nível nacional. Ao mesmo tempo é garantido o fechamento dos canais tradicionais de participação, o que elimina a possibilidade de envolvimento da comunidade na organização e no gerenciamento dos serviços desenvolvidos.

A direção ídeo-política impressa, no período, favorece, ainda, no Maranhão, o crescimento extensivo da máquina do Estado e o fortalecimento de sua burocracia, cuja ação cotidiana passa a ser fundada em presunção de competência técnica do funcionário e em relações de impessoalidade. Essa modernização burocrática, porém é enxertada por relações tradicionais uma vez que a base legitimadora da ação do poder público ainda é constituída, neste Estado, basicamente, por mecanismos clientelistas e fisiológicos.

Sem controle social reconhecido, a burocracia sanitária da SES-MA passa a se articular com a iniciativa privada, no campo da saúde, criando como canais de repasse de recursos, os contratos e credenciamentos, com base na “razão de Estado”, de baratear os custos dos serviços.

As mudanças efetivadas, no período, porém, não eliminam, neste Estado, a utilização de mecanismos afetivo-clientelistas pelo novo grupo dirigente. Na prática, a influência, determinante de tais mecanismos subjaz, sob uma capa de racionalidade emprestada às medidas desenvolvidas.

Por outro lado, apesar de expandidas, as medidas distributivas contidas nas políticas sociais são incapazes, pela sua própria natureza, de produzir impactos substantivos sobre a saúde da população. Não atuam, assim, sobre os fatores essenciais responsáveis pela eliminação das doenças como a educação para a saúde, o saneamento básico, a alimentação balanceada, a vacinação, a relação médico-paciente, a vigilância epidemiológica, entre outros. Nesse sentido, o que parece ocorrer, na verdade, é que estando fechados os canais de participação e deixando-se de reconhecer como válidas as alternativas de saúde desenvolvidas pela comunidade, o Estado passa a ser o espaço natural de fruição das demandas e queixas da maioria da população, constituindo-se portanto, objeto de maior atenção, às políticas de corte social.

A incapacidade crescente do regime militar, todavia, em responder as demandas do processo de acumulação, reveladas tanto na produção, quanto na distribuição de renda e serviços, se reflete, através de pressões externas para a construção de um padrão de proteção social mais amplo, com a universalização da cobertura de serviços, acolhendo a todos pela sua condição de membros da sociedade. Tais pressões que explodem, a partir da abertura do regime, aparecem, na área da saúde, sob a forma de um movimento mais amplo, com a participação de todos os Estados subnacionais.

As propostas do movimento social, na área da saúde, são acolhidas na agenda governamental e reproduzidas na Constituição de 1988. Isto só foi possível, porém, primeiro porque seu alcance não coloca em xeque as relações de propriedade e, depois, porque há uma coincidência propositiva com parte da burocracia sanitária, constituindo-se um clima propício ao estabelecimento de alianças, ultrapassando-se as diferenças naturais em nome de um escopo mais amplo.

No Maranhão, a aliança que o movimento social estabelece com a burocracia sanitária é rompida já no início da operacionalização da

Reforma, quando se tornam mais nítidas as contradições entre essa proposta e as possibilidades reais de gestão do setor saúde. O principal foco das divergências surgidas é a relação como o mercado, embora elas também apareçam em outros aspectos, relativos à organização dos serviços.

Realmente, a aparente marginalização do mercado na aliança que permitiu a incorporação da Reforma pela Carta Constitucional, é desvelada quando começam a ser desenvolvidas as ações no cotidiano das Instituições de saúde. No Maranhão, aproveitando-se do espaço jurídico criado, que admite o setor privado como coadjuvante na prestação de serviços e dos limites particulares impostos pela própria máquina governamental, setores, da burocracia sanitária inconformados com a proposta reformadora ou descrentes das suas pretensões universalistas, utilizam-se dos seus recursos de poder para, através das medidas de ressarcimento criadas (AIHs e UCAs), beneficiar alguns segmentos empresariais, mais influentes junto aos gestores estatais.

Por outro lado, no que concerne ao processo de organização dos serviços de saúde no Maranhão, são reaproveitadas instituições dos modelos sanitários anteriores como os Distritos Sanitários, da década de 30, e o Conselho Estadual de Saúde, da década de 70. Nesse reaproveitamento são considerados os princípios da Reforma, como substrato conceitual, mas, na prática, as mudanças institucionais que se vão efetivando não apresentam as dimensões preconizadas na proposta, como a superação da concepção tradicional de saúde vinculada ao controle das doenças. Ademais, a feudalização do espaço governamental e a apropriação privada da coisa pública, continuam naturalizadas no setor saúde, tanto quanto em outros campos.

Da mesma forma, no gerenciamento das medidas da prática de saúde, pela SES-MA, ainda não foi possível romper com procedimentos afetivo-clientelistas e nem com a perspectiva de comando-e-controle que

orienta a ação dos funcionários da burocracia, de modo a que os objetivos institucionais sejam, efetivamente, compartilhados pelos setores sociais interessados.

Os compromissos que a burocracia sanitária da SES-MA, assume nesse processo são constituídos, tendo como referência o cumprimento dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, nos quais também se apoiam os representantes do movimento social para manifestar aquiescência ou contraposição às formas de organização e de gerenciamento dos serviços.

Uma vez, porém, que a natureza da burocracia é **movediça** e a pressão dos setores sociais interessados, na operacionalização da Reforma Sanitária, tem sido insuficiente para sobrepujar a conjuntura desfavorável, os compromissos desse sujeito social com o “interesse público” no Maranhão, acabam se limitando a uma ação propositiva, a nível geral, e a medidas esparsas e localizadas, no cotidiano.

Da mesma forma, não é perceptível, na burocracia sanitária, da SES-MA, uma extensão dos seus compromissos do patamar puramente setorial, com vistas a atender interesses mais gerais do próprio conjunto de funcionários do setor saúde. Em muitos casos, esse movimento não ultrapassa, sequer o nível individual.

O mercado, por sua vez, vem se apresentando aos usuários da saúde no Maranhão com um perfil extremamente favorável. Nele é mostrado objetividade, tecnologia avançada e agilidade no atendimento, em contraposição ao setor público cuja ação vem se dando de forma morosa e pouco eficiente. O envolvimento direto de representantes do setor privado, na gestão da esfera pública, contribui para acentuar essa visão dos dois setores, facilitando a ação dos segmentos da burocracia que apoiam uma maior centralidade do mercado e o refluxo das medidas relativas à universalização, descentralização e participação, no campo da saúde.

A incapacidade crescente do Estado, no Maranhão, em atender as demandas relacionadas ao “interesse público” vem provocando críticas dos mais diferentes setores da sociedade e do mercado.

As críticas do movimento social organizado têm como base o fato de que, na operacionalização dos princípios da Reforma Sanitária, o Maranhão, apresenta-se muito aquém das expectativas geradas pela proposta.

Nas críticas do mercado, ao Estado, subentende-se não só uma menor afluência de recursos públicos ao setor, relativamente à conjuntura que antecedeu a Reforma, como também a perspectiva de maior controle público sobre a ação dos seus representantes.

As respostas da burocracia sanitária da SES-MA às críticas recebidas se expressam através de vários instrumentos normativos, nos quais são definidas novas formas de acompanhamento, controle e avaliação, inclusive das medidas de pagamento, do setor público e do setor privado, pelo SUS.

O caráter normativo do SUS, configurado no conjunto de preceitos incorporados nos documentos oficiais do SES-MA, porém, vem penetrando no cotidiano dos funcionários de modo rudimentar, o que prejudica a continuidade da ação e, portanto, a eficácia das medidas propostas.

Verifica-se, no entanto, no Maranhão, que os aspectos relativos à administração das mudanças, propostas pelo SUS, vem ocupando um espaço cada vez maior, na agenda governamental, em detrimento dos elementos relacionados ao tratamento da questão social em si.

Há, de fato, uma dificuldade real, observável, de ultrapassar o âmbito puramente gerencial, deslocando o poder de deliberação e gestão à sociedade, o que compromete a proposta, descaracterizando-a, tanto no que concerne à configuração de suas medidas como efetivamente

diferenciadas daquelas gestadas no interior do projeto assistencial-curativo que a antecedeu, quanto em relação à sua pretensão de gerar alianças mais amplas, com vistas à ampliação da prática reformadora, para além do campo específico da saúde.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ASSELIN, Victor. Grilagem: corrupção e violência em terras do Carajás. Petrópolis: Vozes, 1982
- ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA. Ata da primeira Conferência Estadual de Saúde. São Luís. 1986 a.
- \_\_\_\_\_. Palestra do Dr. Neto Alves sobre AIS, na primeira Conferência Estadual de Saúde. São Luís. 1986b (mimeogr..)
- \_\_\_\_\_. Avaliação da distribuição de recursos da AIHs no Estado do Maranhão. São Luís. 1991. 10 p.
- \_\_\_\_\_. Sistema Unificado e Desconhecido de Saúde. Relatório de Pesquisa. São Luís. 1989. 34 p.
- ASPIRAÇÃO POPULAR. São Luís. n. 35. mar/1992.
- \_\_\_\_\_. São Luís. n. 36. abr/1992.
- \_\_\_\_\_. São Luís. n. 45. abr/mai/1993.
- \_\_\_\_\_. São Luís. n. 46. jul/1993.
- AVRITZER, Leonardo. Além da dicotomia estado/mercado: Habermas, Cohen e Arato. Novos Estudos. CEBRAP. São Paulo. n. 36. p. 195-212, jul. 1993.
- BENTHAM, D. La Teoria Política de Marx Weber. Bologna: Il Mulino, 1966
- BERLIN, Isaiah. Quatro ensaios sobre a liberdade. Brasília: EDUNB, 1981
- BLAU, P.M. La burocracia en la sociedad moderna. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1971.
- BOBBIO, Norberto. Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- \_\_\_\_\_. et al. Dicionário de política. Brasília: EDUNB, 1992a.
- BOCAYUVA, Pedro Cláudio. Estado: reforma social ou reforma liberal. Revista Proposta, v. 22, n. 61, p. 5-14, jun. 1994.
- BONFIM, Maria Núbia Barbosa. Do velho ao novo: política e educação no Maranhão. São Luís: EDFUMA/ Secretaria de Educação, 1985.

- BORGES, Raimundo. Sarney : Roseana vai desenvolver o campo e governar sem empreiteiras. O Imparcial . São Luís. 20 de nov. 1994. Política. p. 3.
- BOSCHI, Renato R. Corporativismo e desigualdades: construção do espaço público no Brasil. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1991.
- BRAGA, José Carlos de Sousa, PAULA, Sérgio Goes de. Saúde e Previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro: CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Título VIII: Da ordem social, p. 131-151.
- BRUNHOFF, Suzanne. A hora do mercado: crítica do liberalismo. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista. 1991.
- BUZAR, Benedito. 1965: Sarney governador. O Estado do Maranhão. São Luís. 3 out. 1995 c. Suplemento Especial. 8 p.
- BUZAR, Benedito. Discurso moralista do Maranhão: de Archer da Silva a Luís Rocha. Revista FIPES, São Luís, n. 3, p. 75 - 83, jan./ jun. 1988.
- BUZAR, Benedito. Eurico Ribeiro: o mais jovem governador do Maranhão. O Estado do Maranhão. São Luís. 19. nov. 1995 a. Caderno A. p. 3.
- BUZAR, Benedito. Vitorinista sofre dois atentados. O Estado do Maranhão. São Luís. 27 ago. 1995 b. Caderno A. p. 3.
- CALDEIRA , José de Ribamar Chaves. As eleições de 1974 no Maranhão. Revista Brasileira de Estudos de Políticos. Belo Horizonte, n. 43, p. 37-68, jul.1976.
- \_\_\_\_\_. Estabilidade Social e crise política: o caso maranhense. Revista Brasileira de Estudos Políticos. Belo Horizonte: Imprensa Universitária. 1978, p. 55-101.
- \_\_\_\_\_. As interventorias estaduais do Maranhão: Um estudo sobre as transformações políticas regionais no pós-trinta. Campinas, Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas). UNICAMP. 1991.
- CAMPOS, Gastão. Reforma de Reforma: repensando a saúde. São Paulo HUCITEC. 1992. 220 p.
- CARAVANA de Saúde chega sexta na Deodoro. O Imparcial. São Luís 30 nov. 1994 Cidade. p. 1.
- CARNOY, Martin. Estado e teoria política. Campinas: Papius, 1990.
- CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (LOS 8080/90 e 8142/90) São Paulo: Hucitec. 1992, 370 p.

- CARVALHO, Horácio Martins. Corporativismo: o oitavo pecado (do) capital ou a vertente reacionária das associações profissionais . Curitiba . 1984. (mimeogr.).
- CASTRO, Maria Helena Guimarães. Interesses, organizações e políticas sociais. Cadernos de Pesquisa. [do NEPP/UNICAMP] n. 14. 1989.
- CERQUEIRA FILHO, Gisálio. A “Questão Social” no Brasil: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1982.
- CIGNOLLI, Alberto . Estado e força de trabalho: introdução à política social no Brasil. São Paulo: Brasiliense. 1985.
- COHN, Gabriel . Weber . São Paulo : Ática . 1979.
- \_\_\_\_\_. Crítica e Resignação: fundamentos da Sociologia de Marx Weber. São Paulo: T.A. Queiroz. 1979.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 set. 1978, Alma-Ata . Relatório --- [ S.L.] : OMS/UNICEF, 1978.
- CONFERÊNCIAS sobre a tuberculose promovidas pela Diretoria de Saúde e Assistência e Liga Maranhense contra a tuberculose. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1939.
- CORRÊA, Rossini. Formação Social do Maranhão: o presente de uma arqueologia. São Luís: SIOGE, 1993.
- CORTE de verba vai prejudicar Socorrão. São Luís O Imparcial. 05 fev. 1994. Cidade, p. 1.
- COSTA, Agnelo. O fracasso do extremismo verde. In. Contribuição maranhense para o Estado Novo. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1938.
- COSTA, Sérgio. Esfera Pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil: uma abordagem tentativa. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 38, p. 38-51, mar. 1994.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia F. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo : Cortez/Abrasco, 1989, p. 47-60.
- CPI da Saúde interroga Antônio Joaquim e Marival. O imparcial. São Luís. Política. p. 4.
- CRIANÇAS e adolescentes no Maranhão : saúde , educação e trabalho. São Luís: Governo do Estado/UNICEF, 1992. 133 p.
- DÂMASO , Romualdo. Saber e praxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento Sanitário. In: FLEURY. Sônia (Org.) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. P. 61 - 90.

- DRAIBE, Sônia, AURELIANO, L. A especificidade do Welfare State Brasileiro In: A Política Social em Tempo de crise: articulação institucional e descentralização. Brasília MPAS/CEPAL. 1989, v. 1 p. 86-177 (Economia e desenvolvimento 3).
- DRAIBE, Sônia M. Há tendências e tendências: com que Estado de bem estar haveremos de conviver nesse fim de século? Cadernos de Pesquisa. [NEEP.UNICAMP] nº 10, p. 1-44, 1989.
- \_\_\_\_\_. Rumos e Metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil. 1930-1960, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- DREIFUSS, René Armand. Política, poder, Estado e força: uma leitura de Weber. Petrópolis: Vozes. 1993. 103 p.
- ESCOREL, Sarah. Saúde : uma questão nacional. In: FLEURY, Sonia (Org.) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco. 1989, p. 181-192.
- ESPING-ANDERSON, Gosta. As três economia políticas do Welfare State. Lua Nova, São Paulo, n. 24. set. 1991.
- FAORO, Raimundo. A aventura liberal numa ordem patrimonialista. Revista da USP, São Paulo, n. 17, p. 15 - 29, mar./abr./mai 1993.
- \_\_\_\_\_. Um burocrata inspirado. Revista Isto É Senhor. Nº 1172, 18 mar 1992.
- FAVARET FILHO, Paulo, OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: reflexos sobre as tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, v. 1 n. 1, p. 139-161, jun. 1989.
- FEITOSA, Raimundo Moacir Mendes. O processo sócio econômico do Maranhão: história e desenvolvimento. Belém. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento) - Núcleos de Altos Estudos Amazônicos , Universidade Federal do Pará. 1994.
- FERNANDES, Bob. Os dono do poder. Revista Carta Capital. n. 13, p. 15-53, ago. 1995.
- FIGUEREDO, Argelina , FIGUEREDO, Marcos . Avaliação de Política: um quadro de referência teórica. Caderno de Pesquisa. [IDESP], São Paulo, n. 15, p. 1-57, 1986.
- FINGERMAN, Henrique, LOUREIRO, Maria Rita. Mudanças na relação público-privado e a problemática de controle social: algumas reflexões sobre a situação brasileira. In: FINGERMAN, Henrique (Org.) Parceria público-privado: cooperação financeira e organizacional entre o setor privado e administrações públicas locais. São Paulo: Summus Editorial, 1991.
- FIORI, José Luís . Globalização, Estados Nacionais e políticas públicas. Revista Ciência Hoje, Brasília, v. 16, n. 96, p. 24 - 31, dez. 1993.

- FLEURY, Sônia Maria (Org.) . Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez , 1989. 232 p.
- \_\_\_\_\_. Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1994.
- FRANCO, Maria Silva de Carvalho . Homens livres na ordem escravocrata. São Paulo: Ática. 1976.
- O FUNCIONÁRIO, São Luís, v. 1, n. 1, 12 fev. 1920.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 1, n. 2, 11 nov. 1920.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 2, n. 4, 08 fev. 1921.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 2, n. 6 , 09 abr. 1921.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 2, n. 7, 15 mai. 1921.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 2, n. 8, 10 jun. 1921.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 2, n. 9, 30 jun. 1921.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 3, n. 1, 27 jun. 1923.
- \_\_\_\_\_. São Luís, v. 3, n. 2, 15 ago. 1923.
- GALLO, Edmundo , NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, Sônia (Org.) Reforma sanitária. em busca de uma teoria . São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. p. 91-114.
- GARCIA, Fernando Coutinho. Partidos políticos e teoria da organização. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: característica tecnológica de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec. 1994.
- GONÇALVES, Salomão. Manual dos servidores do Estado do Maranhão. São Luís: SIOGE. 1965. 144p.
- GOUVÊA, Gilda P. Burocracia e elites burocráticas no Brasil. São Paulo: Paulicéia, 1994
- GOVERNO de coragem e otimismo. São Luís: Secretaria de Comunicação Social. 1982.
- GOVERNOS Estaduais do nordeste. Programa de Reforma Sanitária: administração dos serviços auxiliares - decretos e rotinas de serviços. Salvador: UFB. 1970.
- HABERMAS, Jurgen. A crise da legitimidade no capitalismo tardio. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1973.

- \_\_\_\_\_. A nova intransparência : a crise do Estado de Bem-Estar e o esgotamento das energias utópicas. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 18, p. ----, set.1987.
- \_\_\_\_\_. O discurso filosófico da modernidade. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990. 350 p.
- \_\_\_\_\_. Mudança estrutural na esfera pública. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1981.
- HELUIY, Helena Barros. O papel do Estado no processo de organização política pós-64. Revista Maria Fumaça , São Luis, n. 2, p. 28 - 30,1990.
- HOBBS, Thomas. Leviatã. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção os Pensadores)
- IMMERGUT, Ellenn. The rules of the game: the logic of health policy - making in France, Switherland and Sweden. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Paper her presented at international Political Association meeting, Buenos Aires, july. 21 - 25, 1991.
- INDICADORES ECONÔMICOS. Retrospectiva Setorial da década de 80. São Luís: IPES. v. 8, n. 2, 1993, 56p.
- INFORME SUDS. Distrito Sanitários: Integração entre serviços de saúde e a população. São Luis: Secretaria de Saúde Pública do Estado, n. 2, maio de 1978, 6 p.
- INGRAM, D. Habermas e a dialética da razão. Brasília: EDUNB.1993.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Brasília, 1987. 11p.
- JACOBI, Pedro Roberto. Estado capitalista: transformações na dinâmica de intervenção e o papel das burocracias. Sociedade e Estado, Brasília, v.2 n. 42. p. 105-115, jan./dez.1987.
- JAGUARIBE, Hélio et al. Brasil: reforma ou caos . Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
- LANGE, Peter e REGINI, Marino. Gli interessi e le istituzioni: forma de regolazione sociale e politiche pubbliche: In LANGE e REGINI. Stato e Regolazione Sociale, Il Mulino. Bolonha. 1987.
- LEAL, Victor Nunes . Coronelismo enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil. São Paulo: Alfa Omega, 1975.
- LEI, nº 4011 de 26 de abr. 1979. Dispõe sobre a reorganização administrativa estadual e dá outras providências. Diário Oficial n. 81, 27 abr. 1979.
- LEITE, Heloisa Moreira Lima. O Maranhão e o ensino da Saúde: 1919 - 1966. São Luís: UFMA. 1982.

- LINDBLOM, Charles. O processo de decisão política. Brasília: EDUNB, 1981.
- LISBOA, Achilles (Org. ) Catecismo de defesa contra a lepra. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1936.
- LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, Sonia F. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989, p. 157 - 179.
- LUNA, Regina Celi Miranda Reis. A Terra era liberta: um estudo da luta dos posseiros pela terra no vale do Pindaré . São Luís: UFMA / Secretaria Educação Ma. 1984.
- LUZ, Madel Terezinha. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde(1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal. 1982.
- \_\_\_\_\_. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal. 1979 e 1981.
- MACPHERSON, C.B Ascensão e queda da justiça econômica e outros ensaios. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991.
- MALLOY, James. A política de previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MAQUIAVEL Nicolau. O príncipe. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção os Pensadores).
- MARANHÃO. Assembléia Legislativa. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito. São Luís: Assembléia Legislativa. 1991.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Anais da Assembléia Legislativa. v.1, São Luís. abr. 1991.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Anais da Assembléia Legislativa. v.2, São Luís. abr. 1991.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 29 de agosto de 1951 a 22 de agosto de 1952. São Luís, 1951-1952.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 21 de janeiro de 1954 a 1º de julho de 1954. São Luís, 1954.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 02 de julho de 1954 a 16 de junho de 1955. São Luís, 1954-1955.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 17 de junho de 1955 a 16 de junho e 1956. São Luís, 1955-1956.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 15 de junho de 1956 a 28 de janeiro de 1957. São Luís, 1956-1957.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 02 de maio de 1958 a 29 de janeiro de 1959. São Luís, 1958-1959.

- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 10 de fevereiro de 1959 a 18 de novembro de 1959. São Luís, 1959.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 02 de maio de 1960 a 09 de dezembro de 1960. São Luís, 1960.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 1º de dezembro de 1960 a 27 de fevereiro de 1961. São Luís, 1960-1961.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 27 de fevereiro de 1961 a 30 de agosto de 1961. São Luís, 1961.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 11 de dezembro de 1961 a 25 de abril de 1962. São Luís, 1961-1962.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 02 de dezembro de 1962 a 16 de julho de 1963. São Luís, 1962-1963.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 16 de julho de 1963 a 20 de abril de 1964. São Luís, 1963-1964.
- \_\_\_\_\_. Assembléia Legislativa. Atas da Assembléia Legislativa de 20 de abril de 1964 a 24 de setembro de 1964. São Luís, 1964.
- \_\_\_\_\_. Governador, 1983-1987. Mensagem do Governador Luís Rocha à Assembléia Legislativa. São Luís: Seplan-MA. 1985.
- \_\_\_\_\_. Governador de Estado. Plano de Governo de Epitácio Cafeteira: 1987-1990. São Luís: Secretaria de Coordenação e Planejamento. 1990.
- \_\_\_\_\_. Governador, 1947-1951. (Archer da Silva). Mensagem à Assembléia Legislativa, por ocasião da sessão ordinária de 1948. São Luís. 1948.
- \_\_\_\_\_. Governador, 1951-1955 (Eugênio Barros). Mensagem à Assembléia Legislativa, em 1954. São Luís: 1954.
- \_\_\_\_\_. Regulamentos dos Serviços de Saúde e Assistência. Decreto nº 246. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1932.
- \_\_\_\_\_. Regulamentos dos Serviços de Saúde e Assistência. Decreto Lei nº 30, de 25 de jan. 1938. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 1011, de 25 outubro de 1953. In: Manual dos Servidores do Estado. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1953.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 6272 de 06 de fevereiro de 1995. Propõe sobre a reorganização administrativa do Estado e dá outras providências. São Luís. 1995.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Administração, Recursos Humanos e Previdência. Sistema Estadual de Modernização Administrativa. São Luís, 1994.

- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Novo Modelo Assistencial de Saúde Descentralizado, Regionalizado e Hierarquizado. São Luís. 1995. 172 p.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado. Proposta de Modelo Assistencial para a grande São Luís: São Luís, Paço do Lumiar e São José de Ribamar. São Luís. 1988. 43 p.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Projeto Nordeste. Relatório da Consultoria. São Luís. 1992.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Proposta de Estruturação dos Níveis de Atuação (modelo 1). São Luís. 1991, 118 p.
- \_\_\_\_\_. Secretaria do Interior. Relatório do Secretário ao Diretor de Serviços Sanitários. São Luís. 1918.
- \_\_\_\_\_. Interventor, 1937-1945 (Paulo Ramos). Exposição ao povo maranhense. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1938.
- \_\_\_\_\_. Interventor, 1937-1945 (Paulo Ramos). Exposição ao povo maranhense. São Luís: Imprensa Oficial do Maranhão. 1939.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1936-1945 (Paulo Ramos) . Relatório de Governo de 1940. São Luís 1941.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1936-1945 (Paulo Ramos) . Relatório de Governo de 1941. São Luís. 1942.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1962-1966 (Newton Bello). Mensagem à Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão. São Luís. 1964.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1966- 970 (José Sarney). Discurso de Posse. São Luís. 1965.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1966-1970 (José Sarney). Mensagem na abertura da sessão legislativa. São Luís. 1966.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1966-1970 (José Sarney). Mensagem à Assembléia Legislativa. São Luís. 1968.
- \_\_\_\_\_. Governo do Estado. Programa do Governo. Pedro Neiva de Santana. São Luís. 1971-1975. São Luís. 1971.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1971-1975 (Neiva de Santana). Mensagem à Assembléia Legislativa. São Luís. 1972.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1971-1975 (Neiva de Santana). Mensagem à Assembléia Legislativa. São Luís. 1975.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1971-1975 (Neiva de Santana). Quatro anos de governo. São Luís. 1975.
- \_\_\_\_\_. Governo do Estado. II Plano de Desenvolvimento do Maranhão. 1975-1978. São Luís. 1975.

- \_\_\_\_\_. Governo do Estado. Diagnóstico para o Plano de Governo. João Castelo: 1979-1983. São Luís. 1979.
- \_\_\_\_\_. Governador. 1979-1983 (João Castelo). Mensagem à Assembléia Legislativa. São Luís. 1982.
- MARSHALL, T. M. Política social. Rio de Janeiro: Zahar. 1967 b.
- \_\_\_\_\_. Cidadania, Classes Sociais e Status. Rio de Janeiro: Zahar. 1967a.
- MARTINS, Luciano. Estado Capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- MARX, Karl. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. 2. (Coleção os Pensadores)
- \_\_\_\_\_. Crítica da Filosofia do Direito de Hegel. Lisboa: Editorial Proença, [198?]
- MÉDICI, André e OLIVEIRA, Francisco. A Política de Saúde no Brasil: subsídios para uma reforma. Documentos de Política. n. 6. Rio de Janeiro. IPEA. Dez. 91.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de Saúde. Texto para discussão. Rio de Janeiro nº 252. Abr. 1992. 17p.
- MÉDICOS têm que optar doente. O Estado do Maranhão. São Luís. 05 nov 1995. Cidade, p. 1.
- MEIRELES, Mário Martins. Apontamentos para a história da medicina no Maranhão. São Luís: SIOGE. 1993.
- MELLO, Carlos Gentile de. O sistema de saúde em crise. São Paulo: Cebes-Hucitec. 1982.
- \_\_\_\_\_. Medicina previdenciária. In: Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.
- MENDES, Candido. O Legislativo e a tecnocracia: Rio de Janeiro: Conjunto universitário Cândido Mendes, 1974.
- MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1993.
- MERHY, Emerson E. Saúde pública como política social: os processos de decisão das políticas governamentais. In: Saúde pública como política: Um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 31-53.
- MILLS, Wright C. A elite do poder. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- MINISTÉRIO descredencia clínicas precárias. O Imparcial. São Luís, 29 de nov. 1994. Cidade p. 1.
- MOISÉS, José Álvaro . Cidadania, povo e poder. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1988.

- MONTELES, Franci. Pacientes padecem por atendimento. O Estado do Maranhão, São Luís, 5 nov. 1995. Cidade p. 3.
- NETO, José Paulo. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo: Cortez. 1993.
- NINA, Fernanda. Saúde pública fecha as portas. O Imparcial. São Luís. 20 de nov. 1994. Cidade p. 1.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. Permanência e mudança no setor público. Revista do Serviço Público local. v. 18, n. 1, p. 43 - 53. jan/jul 1994.
- NUNES, Everardo D. (Org.) Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo : Cortez, 1989, 258 p.
- OFFE, Claus. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OLIVEIRA, Francisco. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade civil no Brasil. LARANJEIRA, Solange (Org.) Movimentos Sociais na América Latina. São Paulo : Hucitec, 1990.
- \_\_\_\_\_. Surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 22, p. 9 - 28, out. 1988.
- OSBORNE, David. Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília : MH comunicações, 1995.
- OSZLAK, Oscar. Notas críticas para uma teoria de la burocracia estatal. Dessarolo econômico n. 2, p. 211 - 247, jul/set. 1979.
- PALHANO, Raimundo. A produção da coisa pública: serviços públicos e cidadania. São Luís: IPES, 1988. 398 p.
- PARETO, Vilfredo. As elites e o uso da força na sociedade. In: SOUZA, Amaury de. Sociologia Política. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.
- POLANY, Karl. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus. 1980.
- POLÍTICAS de ajuste e desenvolvimento social: o caso brasileiro. políticas e administração, Rio de Janeiro, v. 2, n.1. p. 32-40, jan./mar. 1994.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. Descentralização e democratização do Sistema de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 1986, p. 235-252.
- POULANTZAS, Nicos. O Estado o poder e o socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- PROPOSTAS das entidades ligadas ao setor saúde no Maranhão ao governador Edison Lobão. São Luís, 15 abr. 1991. (Mimeogr.)
- RACIONALIZAÇÃO administrativa x concepções patrimonialistas no provimento do pessoal do serviço federal : o Ministério da Educação e Cultura entre 1960 e 1885. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro . v. 28 n. 1 p. 71-86. Jan - mar. 1994.

- REIS, Elisa Pereira. Mudança e continuidade na política rural brasileira. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro . v. 31. n. 2 p. 203-218, abr 1988.
- \_\_\_\_\_. Política e políticas públicas na transição democrática. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-23, fev. 1985.
- REIS, Flávio M. Grupos políticos e estruturas oligárquicas no Maranhão (1850/1936). São Paulo , 1992. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) IFHC, Universidade de Campinas. 1992.
- RODRIGUES, Maria Regina Nina. Maranhão: do europeísmo ao nacionalismo. São Luís: SIOGE. 1993
- ROURKE, F. Bureaucracy, politics and public policy. Boston: Little Brawn, 1982. p. 13-140.
- ROUSSEAU, Jean J. O contrato Social. São Paulo: Abril Cultural, 1987. (Coleção os Pensadores).
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO MARANHÃO. Relatório de atividades apresentado à Assembléia geral pelo provedor José Dualibe Murad. São Luís: 1954.
- SANTANA, Pedro Neiva de. O momento das decisões. São Luís: Fundação Cultural do Maranhão. 1975.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1987.
- SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde - Legislação dobre o Sistema Único de Saúde. São Luís: 1994.
- SCHUMPETER, Joseph A. Capitalismo, Socialismo e Democracia. Rio de Janeiro: Záhar, 1984.
- SCHWARTZ, Roberto. As idéias fora do lugar. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo. n. 3, p. 51-161. jan. 1993.
- SILVA, Antonio Rafael. Saúde no Maranhão. São Luís: Instituto do Homem. 1991.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e. A questão urbana e a organização popular em São Luís. São Luís: Comissão Justiça e Paz. 1990.
- SILVA, Maurício. Corrupção: tentativa de uma definição funcional. Revista de Administração Pública. v. 28. n. 1 p. 19- 3, jan.-mar. 1994.
- SILVEIRA, Carlos E. A análise do modelo brasileiro de Celso Furtado. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 3, p. 165 - 169, jan 1993.
- SMITH, Adam. A riqueza das nações. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.1. (Coleção Os Economistas)
- SOBRAL, Fernanda Antônia. Os entraves burocrático-políticos à pesquisa científica e tecnológica. Revista Sociedade e Estado. v. 1 n. 2 p. 89-106. jul-dez. 1986

- SPOSATI, Aldaíza, LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. v. 8 n. 4 p. 366-378. out-dez 1992.
- UNICEF/GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. Saúde, educação e trabalho. IPES, out. 92. 133 p.
- VALE, Vilmar. Do ato contínuo: o ato médico como palco de lutas. Projeto de Pesquisa. São Paulo. 1980.
- VASCONCELOS, Eymard. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 31, p. 56-74, dez. 1985.
- VIANA, Ana Luiza e CASTRO, M. Helena. Brasil: reforma do sistema de saúde. Proyecto Regional de Reforma da Política Pública. CEPAL/ Gobierno dos Países Bajos. Santiago do Chile. 1993.
- VIANA, Maria Lúcia W. Modernização, empresa e Estado: novos papéis na elaboração de políticas sociais. Cadernos Técnicos do SESI. Brasília: 1993.
- \_\_\_\_\_. Nem Leviatã, nem moinho diabólico: notas para pensar a crise(e as perspectivas, sobretudo) da Política Social. Texto para discussão, Rio de Janeiro, n. 247, p. 1 - 31, dez. 1990.
- \_\_\_\_\_. Política social e transição democrática: o caso do INAMPS. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial/UFRJ, texto para discussão. n. 226. fev. 1989.
- WEBER, Max. Economia y Sociedad. Esbozo da sociologie compreensiva. México: Fonte de Cultura Econômica. 1964.
- \_\_\_\_\_. Ensaio de Sociologia. Rio de Janeiro: Zahar. 1982.