

A Gestão do SUDS no Estado da Bahia *

Jairnilson Silva Paim **

Relata-se a experiência da gestão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Bahia, durante os dois anos iniciais de implantação, a partir da perspectiva da Secretaria da Saúde do Estado. Procede-se a uma análise em função do desenvolvimento da infra-estrutura de recursos, do desenvolvimento político-gerencial e da reorganização do modelo assistencial. Conclui-se que a gestão do SUDS—BA, apesar das suas dificuldades, correspondeu à concretização de uma política de saúde radicalmente distinta das que lhe precederam, na medida em que teve como diretriz básica deflagrar o processo da Reforma Sanitária, ressaltando que a acumulação de fatos dessa natureza em outros estados e municípios poderá potencializar o avanço desse processo.

INTRODUÇÃO

A gestão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS — no Plano estadual confunde-se, compreensivelmente, em muitos aspectos, com a própria gestão da Secretaria da Saúde do Estado. A ênfase concedida ao processo de estadualização na etapa inicial da implantação do SUDS na Bahia e a tentativa de unificação do comando da política estadual de saúde, no âmbito da SESAB, podem explicar de certa forma tal superposição.

Antes da implantação do SUDS na Bahia, cujo convênio fora publicado em 24/7/87 (13), o Estado dispunha de um órgão da administração centralizada — a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), responsável pela formulação da política de saúde do governo estadual, pelo planejamento, vigilância sanitária e informações de saúde e dois organismos de administração descentralizada: uma empresa pública (BAHIAFARMA) — produtora de medicamentos, e uma autarquia — o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB), responsável pela administração da rede de serviços de saúde e pela execução das ações de saúde através de 27 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). A política estadual de saúde definida pelo governo estadual em 1987 tinha como primeira diretriz assumir as Ações Integradas de Saúde como estratégia de base para uma reforma sanitária no Estado (18). Desse

* Trabalho apresentado na Sessão de Comunicações Coordenadas do tema "Administração e Gerenciamento no SUS" — 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva — 3º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo 3-7 julho de 1989.

** Prof. Adjunto do Dept. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. Ex-Assessor Especial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

modo, o governo responsabilizou-se, naquele momento, não apenas com a gestão dos serviços públicos estaduais, mas comprometeu-se com a proposta da Reforma Sanitária, enquanto *imagem-objetivo*, e com as Ações Integradas de Saúde, enquanto estratégia de unificação de ações, recursos e instituições, com vistas à organização do Sistema Único de Saúde.

Mesmo com a reativação e valorização da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), que passou a reunir-se semanalmente, a gestão não se tornou unificada. A programação-orçamentação integrada (POI-87), por exemplo, discutida e aprovada pela CIS, representou mais um conglomerado de proposições e uma justaposição de expectativas de financiamento do que um instrumento de planejamento que auxiliasse a gestão. Cada uma das instituições componentes das AIS geriam, individualmente, os respectivos recursos, embora seus dirigentes participassem coletivamente na concepção do SUS-Ba e na formulação de proposições para a sua organização e funcionamento. Em vez de gestão unificada tinha-se “uma *colaboração negociada* na qual sujeitos concretos, representantes de interesses distintos passariam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais” (14).

O próprio convênio SUDS que apontava para a possibilidade de unificação das estruturas dos órgãos regionais do INAMPS com os da Secretaria da Saúde do Estado era omissivo quanto às mudanças organizacionais naqueles correspondentes aos Ministérios da Saúde e da Educação. Portanto, o SUDS facilitou a integração programático-funcional dessas instituições, avançando muito pouco em termos de gestão. A instalação na Bahia de órgãos colegiados de decisão como os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde bem como as Comissões Executivas dos Distritos Sanitários e os Conselhos Diretores de Unidades, *redefinindo o escopo das instâncias estabelecidas pelas AIS* (CIS; CRIS; CIMS e CLIS) (21), ainda que fundamental para ampliar os esforços de participação democrática, proporcionou poucos resultados em relação à gestão do sistema. Até mesmo a análise da prestação de contas restringia-se aos recursos obtidos, mediante convênio SUDS, pelo Estado e pelas prefeituras e não à totalidade de recursos aplicados na saúde por todas as instituições que assinaram o convênio.

O SUDS, na realidade, expressou uma relação bilateral do MPAS/INAMPS com o estado e, progressivamente, com os municípios. Os demais órgãos convenentes do Governo Federal, embora participassem do processo decisório através de instâncias colegiadas de gestão, não se submeteram, necessariamente, ao comando do SUDS mas aos seus superiores hierárqui-

cos. Assim, os representantes da SUCAM, da FSESP, da Delegacia Regional do Trabalho e da Universidade analisavam os planos municipais de saúde, apreciavam a solicitação de recursos, aprovavam as adesões dos municípios ao SUDS e até assinavam os termos de adesão, juntamente com o secretário da saúde, mas administravam suas respectivas instituições segundo suas próprias normas e lógicas internas.

A GESTÃO DA SESAB NO SUDS

Considerando as características da gestão do SUDS na Bahia, já expostas, torna-se mais produtivo discutir não a administração do SUDS no âmbito estadual mas a *gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia no contexto do SUDS*. Nesse particular, serão analisados resultados obtidos em três linhas básicas de ação: desenvolvimento da infra-estrutura de recursos, desenvolvimento político-gerencial e reorganização do modelo assistencial (5). A ordem dessas linhas não representa uma prioridade do autor. Foi a que se impôs, concretamente, pela realidade de carência da rede de serviços e pelas circunstâncias produzidas pela conjuntura. Por isso, é importante destacar não apenas os resultados obtidos, mas os obstáculos não superados pela gestão do SUDS.

Desenvolvimento da Infra-estrutura de Recursos

A ênfase concedida a recuperação física, reequipamento de unidades e expansão da rede pública impunha-se não apenas pelo déficit de unidades num sistema que as pretende universal e pelo estado de abandono e sucateamento em que foram encontradas a maioria das unidades de saúde do Estado (18) mas também como tentativa de resgate da credibilidade dos serviços públicos de saúde perante a comunidade e os próprios servidores (1). Era também uma forma de responder às críticas dos trabalhadores de saúde quanto às "péssimas condições de trabalho" e um modo concreto, positivo e não repressivo, de enfrentar o pretexto do não trabalho no serviço público.

Os recursos captados através do SUDS foram fundamentais para a recuperação, expansão e adequação da rede resultando, nos dois primeiros anos, em 309 obras, sendo 213 de recuperação e 96 de construção, e ampliando a oferta de 1079 novos leitos hospitalares, o que representa um acréscimo superior a 25% da capacidade instalada hospitalar existente em março de 1987 (3950 leitos) (20). No caso da assistência hospitalar, os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde indicam um déficit de 7.810 leitos para o Estado,

mesmo quando se consideram os leitos públicos e privados contratados juntos (20).

Recursos expressivos foram aplicados na aquisição de equipamentos, medicamentos e material de consumo (20) e distribuídos entre unidades de saúde. Apesar de certa melhora no suprimento desses insumos e da introdução de novos mecanismos de gerenciamento, essa área tem sido considerada crítica e um dos pontos nevrálgicos de desgaste do SUDS e dos serviços públicos perante os servidores e a comunidade.

No que se refere aos recursos humanos, o convênio SUDS permitiu equiparar a remuneração do pessoal da SESAB com o do INAMPS, o que implicou ganhos substantivos nos primeiros meses de vigência (praticamente dobrou a remuneração no mês de junho de 1987), porém defasando-se, posteriormente, em virtude de o Governo do Estado ter interrompido o pagamento das URPs. Mesmo assim, no primeiro ano de gestão, a SESAB propiciou um aumento de remuneração superior à inflação do período (19). Pela primeira vez a Secretaria da Saúde pagou salários mais altos que os efetivados pelos hospitais e clínicas privados (19). Cerca de 23.000 servidores da SESAB foram enquadrados no Plano de Cargos do Estado, depois de sancionada a lei pela Assembléia Legislativa, em agosto de 1988. Foi, ainda, realizado concurso público, com 3.258 vagas para o pessoal de saúde.

Estas iniciativas, associadas à ampla liberdade de manifestação e de organização dos servidores da saúde nos locais de trabalho, a abertura de canais de participação nas instâncias de gestão do SUDS, bem como a realização de inúmeros debates sobre a Reforma Sanitária, o SUDS e os distritos sanitários, durante dois anos, visaram atender à seguinte diretriz da política estadual de saúde:

— “Promover uma política de recursos humanos justa, racional e democrática, estabelecendo o concurso público como forma de seleção de pessoal e revendo o atual quadro de cargos e salários, resgatando a dignidade profissional do setor”. (1)

O agravamento da crise econômica e as insuficiências financeiras, especialmente no primeiro semestre de 1989 devido ao atraso das parcelas do convênio SUDS para o Estado, não permitiram avançar ainda mais nessa política de recursos humanos. Por outro lado, a centralização de decisões pelo governo no Conselho de Política de Pessoal dificultou a gestão de recursos humanos, inclusive nos aspectos que não implicariam, necessariamente, recursos financeiros, como por exemplo, a correção de desvios de função que beneficiaria milhares de servidores.

Finalmente cabe destacar a área de desenvolvimento de recursos humanos, com a realização de quase

uma centena de eventos só em 1988, envolvendo mais de 5.000 treinandos (20).

Apesar desse elenco de medidas, não se logrou o apoio necessário do conjunto dos trabalhadores da saúde para o desenvolvimento do SUDS ou mesmo para a melhoria do funcionamento dos serviços públicos, o que apresenta um outro obstáculo não superado para a concretização de princípios finalísticos da Reforma Sanitária tais como universalização, equidade e integralidade das ações.

Desenvolvimento Político-Gerencial

“Democratizar a programação, a gestão e o controle das atividades de saúde do governo, abrindo canais de participação para a comunidade e os próprios servidores da área de saúde” (1) foi, seguramente, a marca da política estadual de saúde adotada em 1987 e um dos resultados mais expressivos da implantação do SUDS na Bahia, ainda que não resultasse de imediato em aumento da eficiência e efetividade.

Instâncias Gestões do SUDS—BA.

As instâncias gestoras das AIS; como a CIS e a CIMS, assumiram um caráter mais executivo, enquanto eram constituídos o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais, com caráter deliberativo e composição paritária. (9, 11)

Foi criada a Conferência Estadual de Saúde (CONFERES), realizada anualmente, (8, 10), e implantados Conselhos Diretores e Conselhos Técnicos em hospitais e centros de saúde. Os primeiros, de composição paritária entre usuários e representantes de unidades de saúde, com a atribuição de programar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. Já os Conselhos Técnicos são integrados por representantes de cada categoria de trabalhadores de saúde e buscam discutir o processo de trabalho e o engajamento dos servidores na reestruturação de assistência à saúde, dentro dos princípios da Reforma Sanitária. (7, 12)

Considerando a importância dos distritos sanitários (DS) para a reorganização do modelo assistencial e para a viabilização da descentralização, foram organizadas as Comissões Executivas dos Distritos Sanitários (CEDS), que constituem a instância local de gestão do SUDS nos casos em que o DS é parte de um município ou naqueles em que corresponde a um consórcio de dois ou mais municípios, além de ser estimulada a instalação de Conselhos Comunitários autônomos em relação às unidades de saúde.

Planejamento Participativo

A POI-88 e o 1º Plano Estadual de Saúde (1988-1991) foram elaborados a partir da realização de "oficinas de trabalho", em todas as 27 regiões do estado, envolvendo o conjunto dos municípios de cada região, através dos seus representantes, tais como prefeitos, vereadores, sindicatos, trabalhadores de saúde, partidos políticos, associações de moradores, pastoral da saúde etc. (1). A versão preliminar deste plano foi apresentada na I CONFERES (dezembro 1987), e, após aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, em janeiro de 1988, foi amplamente distribuída na II CONFERES (dezembro de 1988).

A partir dessas iniciativas, buscou-se institucionalizar a prática do planejamento nos órgãos do nível central da SESAB, fazendo com que as equipes dirigentes elaborassem os Planos Trimestrais de Trabalho (PTT), cuja síntese constituía o Plano Operativo Trimestral, articulado ao Plano Trimestral de Aplicação (PTA), sendo este último utilizado pela Secretaria de Planejamento como instrumento da execução orçamentária.

Avaliação e Controle

Além do acompanhamento geral do funcionamento do SUDS exercido pela CIS (semanalmente), pela CES (mensalmente) e pela CONFERES (anualmente), retomaram-se, em 1987, as viagens de supervisão às DIRES e adotou-se o procedimento de apresentação de relatórios por dirigentes de nível central (semanal) e regional (quinzenal). A partir de 1988 foram solicitados Relatórios Trimestrais referentes ao Plano Trimestral de Trabalho (PTT) e realizados seminários de acompanhamento e avaliação pelos órgãos do nível central e estimuladas reuniões análogas entre os dirigentes do nível regional.

Paralelamente efetivou-se a informatização do Centro de Informações de Saúde (CIS) que, através de um trabalho articulado com a Assessoria de Planejamento (ASPLAN), selecionou os dados necessários à composição dos indicadores de acompanhamento e avaliação estabelecidos pelo I Plano Estadual de Saúde (1).

Essas medidas, embora fundamentais, ainda são bastante tímidas para a avaliação e controle do SUDS.

Através da organização dos distritos sanitários procurou-se orientar as ações para os problemas de saúde de maior ocorrência, organizar os SAMES das unidades ambulatoriais e implantar o prontuário-família para possibilitar o monitoramento da assistência.

Tratam-se, contudo, de iniciativas bastante incipientes.

Descentralização da Gestão

Os esforços visando a descentralização da gestão do SUDS-BA seguiram três vias: a distritalização, a municipalização e a implantação de unidades gestoras.

A distritalização foi concebida desde o início do governo como *tática privilegiada no sentido de fazer chegar à ponta do sistema o projeto da Reforma Sanitária*, especialmente no que se refere à assistência integral à saúde e à preocupação com o impacto epidemiológico. Para tanto fez-se necessária a experimentação de um modelo de gestão centrado na figura do *gerente do distrito sanitário* e na instalação da *Comissão Executiva do Distrito Sanitário*, precariamente formalizados através de resoluções da CIS (6, 7). A não-inserção dos DS na estrutura formal da SESAB (já que o projeto de lei encaminhado ao governo pela SESAB não fora enviado para a Assembléia Legislativa) e os enfrentamentos político-institucionais dessa proposta com certos dirigentes da Dires e setores tecnocráticos do nível central da Secretaria têm dificultado a autonomia do DS na administração de pessoal, de recursos financeiros de material e das instalações. É possível, no entanto, que o próprio processo de expansão dos DS (9 implantados em 87, mais 12 em 88, e mais 78 até o final de 89) (5), acoplado ao projeto de municipalização, venha a favorecer a descentralização da gestão, renitentemente obstada por certas Dires e pelos referidos setores do nível central.

A adesão de municípios ao SUDS na Bahia seguiu os critérios estabelecidos em resolução do Conselho Estadual de Saúde (11). Tinha como pré-requisitos a organização do Conselho Municipal de Saúde, paritário e deliberativo, e a aprovação pelo mesmo e encaminhamento à CIS do plano municipal de saúde. Até 1988, 42 municípios assinaram os termos de adesão e, em 1989, 21 novos municípios aderiram, enquanto outros 27 tiveram seus planos aprovados pela CIS até o mês de maio. Estes já se apresentaram mais abrangentes, podendo envolver, além de recursos financeiros, a passagem de unidades, de pessoal e de atividades para a gestão dos municípios. Essas medidas representam os primeiros resultados do trabalho do grupo de municipalização da SESAB, criado no final de 1988, que estabeleceu estratégias para a municipalização de serviços de saúde no Estado da Bahia (17, 22).

Finalmente, foram implantadas 104 unidades gestoras, abrangendo todas as Dires, hospitais e laborató-

rios do Estado, além dos centros de saúde da capital, recebendo recursos sob a forma de provisionamento, para serem aplicadas em diárias, combustíveis, material de consumo, recuperação de unidades, alimentação e outros serviços e encargos.

Reforma Administrativa

Dois fatos ocorridos em 1987 desencadearam na SESAB um processo de reforma administrativa: a extinção do ISEB pela Lei 4697 de 15/7/89 (2) e o convênio SUDS 232/879 (13) que estabelecia o prazo de 180 dias para a fusão das estruturas do INAMPS com a Secretaria da Saúde.

Nessa perspectiva, foi organizada uma "estrutura de transição", assentada em 8 grupos executivos, contemplando áreas-problema da gestão SESAB/INAMPS e dispondo, cada uma delas, de um gerente, com base numa Resolução conjunta do Secretário da Saúde e do Superintendente Regional do INAMPS e aprovada pelo Governador do Estado (3). Com o respaldo da experiência adquirida pela "estrutura de transição", foi aprovado, no final de 1988 o novo Regimento da SESAB (4) e implantada a nova estrutura organizacional, composta dos seguintes órgãos:

- 1) Gabinete do Secretário
- 2) Assessor de Planejamento
- 3) Centro de Informações de Saúde
- 4) Diretoria de Serviços de Saúde
 - Gerência Hospitalar
 - Gerência da Rede Básica
 - Gerência de Organização de Serviços
 - Gerência da rede Contratada, Conveniada e Credenciada
- 5) Superintendência de Saúde
 - Gerência de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde
 - Gerência de Vigilância Epidemiológica
 - Gerência de Auditoria das Práticas de Saúde
- 6) Serviço de Vigilância Sanitária
- 7) Inspeção Setorial de Finanças
- 8) Superintendência Administrativa
- 9) Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Considerando o curto período de funcionamento dessa nova estrutura, ainda não é possível uma análise mais precisa do seu impacto no desenvolvimento institucional.

Reorganização do Modelo Assistencial

A reorganização do modelo assistencial tendo por referência os princípios finalísticos da reforma sanitária — universalização, equidade, integralidade, participação e impacto epidemiológico — centrou-se em duas iniciativas básicas: a implantação dos distritos sanitários e a normatização da assistência integral à saúde. (5, 6, 15, 20).

A dominância de problemas administrativos (infra-estrutura e político-gerencial) e as resistências de agentes das práticas de saúde — particularmente dos médicos — dificultaram o avanço dessa dimensão da gestão. Do ponto de vista teórico, além dessa constatação, questiona-se, presentemente, se “o paradigma adotado na construção do projeto da reforma é capaz de dar conta de uma transformação das práticas sanitárias” (23).

Mesmo o passo adiante que representa a implantação dos distritos sanitários na Bahia ainda não foi suficiente para levar a Reforma Sanitária para a assistência ao paciente e à comunidade. Este dado se torna mais grave porquanto o SUDS só fez antecipar uma contradição que deverá estar presente no SUS. A sua possível permanência durante a implantação do Sistema Único de Saúde exige, desde agora, novos esforços para o seu enfrentamento. Afinal, é a reorganização do modelo assistencial que dá substância ao SUDS, ao SUS e à Reforma Sanitária. É através dela que a população poderia perceber, concretamente, a mudança na situação de saúde e assim vir a apoiar a proposta da Reforma Sanitária.

Muitos problemas do sistema de saúde em relação à infra-estrutura e ao desenvolvimento político-gerencial podem ser considerados “pré-históricos” por referência ao projeto político-cultural da Reforma Sanitária. Recuperar unidades de saúde, construir hospitais, conservar equipamentos e instalações, distribuir remédios e material e contratar pessoal não se constituem objetivos fundamentais da Reforma Sanitária mas consomem quase a totalidade das energias da gestão do SUDS e, talvez, do Sistema Único de Saúde. Mesmo sendo problemas velhos, precisam ser bem equacionados, concomitantemente ao enfrentamento dos “novos” problemas da gestão, tais como: a baixa cobertura x universalização, discriminação x equidade, dicotomia da assistência x integralidade do cuidado, mau-trato x respeito à cidadania.

COMENTÁRIOS FINAIS

A gestão do SUDS no Estado da Bahia, apesar das suas dificuldades, correspondeu à concretização
Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5 (4): 365–375, out/dez, 1989.

de uma política de saúde radicalmente distinta das executadas pelos governos que lhes antecederam. Esta política teve como diretriz básica "deflagrar o processo da Reforma Sanitária na Bahia a partir da implantação e desenvolvimento do SUDS" (20). Para tanto, orientou-se por quatro linhas estratégicas de ação:

- a) reforço ao processo de democratização da saúde;
- b) mudança de propósitos e de métodos de governo;
- c) instalação de formas organizativas visando a melhoria da assistência à saúde (universal, completa e igualitária) e a participação popular e dos servidores no processo decisório;
- d) opção pelo deslocamento da distribuição do poder no setor saúde — da burocracia e das corporações para os usuários (15, 16, 18).

O impacto dessas linhas de ação sobre a administração e gerenciamento no SUDS-BA e, futuramente, no SUS deverá merecer análises e estudos mais rigorosos. No momento, pode-se apenas aventar a hipótese de que o trabalho coletivo na montagem e na gestão do SUDS-BA possibilitou a criação de um *repertório de experiências técnicas e administrativas entre os trabalhadores dos serviços públicos de saúde e a constituição de saldos organizativos de segmentos populares na luta pela democratização da saúde*. A acumulação de fatos dessa natureza, aliada às experiências similares em outros estados e municípios do país poderá potencializar o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

A two-year experience in management of the Health System (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS) in the State of Bahia is reported from the perspective of the Health State Department. Analysis is made on the basis of the development of resources infrastructure, policy and management and on the reorganization of the health care model. Despite its difficulties, the management of SUDS—Bahia corresponded to the materialization of a new health policy which was radically distinct from the preceding ones, since it had as the main landmark the start of the Sanitary Reform process. It is remarked that gathering facts on this matter from other States and Counties may contribute to the establishment of the Sanitary Reform process.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde, SUDS—Ba. *Plano Estadual de Saúde* (1988—1991). Salvador, 1987. 104p.
2. BAHIA. Governo do Estado — Lei 4.697 de 15 de julho de 1987. Dispõe sobre modificações na estrutura da Administração Pública do Estado e de outras providências. *Diário Oficial do Estado*: 5—13, 16/7/87.
3. _____. Exposições de Motivos e Resolução n° 01/87. *Diário Oficial do Estado*. 35/39 19/11/87.
4. _____. Decreto 1898 de 7 de novembro de 1988. Aprova o Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Diário Oficial do Estado*. 7—20, 8/11/88.
5. CARDOSO, de Araújo, E.; TEIXEIRA, C. F. Distritalização do Setor Saúde na Bahia: momentos, problemas e perspectivas. *Série DDS n° 11, maio de 1989*.
6. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE—CIS—BAHIA. Resolução CIS/Ba/02/88. *Diário Oficial do Estado*. 20—21, 13/11/88.
7. _____. Resolução CIS/Ba./07/88. *Diário Oficial do Estado da Bahia*: 31, 27/5/88.
8. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE — I CONFERES. *Relatório Final*. Salvador, Bahia, 17—20 de dezembro de 1987, 18p.
9. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. Resolução 01/87. *Diário Oficial do Estado*: 50—52, 2/9/87.
10. _____. Resolução 02/87. *Diário Oficial do Estado*: 52, 2/9/87.
11. _____. Resolução 03/87. *Diário Oficial do Estado*: 37—38, 1/11/87.
12. _____. Resolução 01/89. *Diário Oficial do Estado*: 28.29—30/4/89.
13. CONVÊNIO 232/87 Dispõe sobre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado da Bahia. *Diário Oficial da União*: 139, 118838 de 14/07/87.
14. PAIM, J. S. *Saúde, Crises e Reformas* Centro Editorial e Didático da UFBA., Salvador, 1986. p. 195.
15. _____. O que é Reforma Sanitária? *Rev. Baiana Saúde Pública*. 14 (2/4): 232—243, abr/dez 1987.
16. _____. A democratização da Saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, 21:29—44, jun 1988.
17. _____. Desenvolvimento e perspectivas da municipalização da saúde na Bahia. Salvador, dezembro de 1988, 10p. (mimeo).
18. PINHEIRO, L. U. F. 1987: *um ano de mudanças na Saúde*. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. Salvador—Ba. 20p.
19. _____. A democratização da Saúde — *A Tarde* p. 2, 5/6/88.
20. _____. 1988: *o avanço das mudanças na Saúde*. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde, Salvador—Ba., 1989, 63p.
21. SUDS—Ba. *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado da Bahia*, junho de 1987. 33p. (mimeo).
22. _____. Secretaria da Saúde. *Proposta para municipalização de serviços de saúde no Estado da Bahia*. Documento Preliminar. Salvador—Ba, fevereiro de 1989, 6p. (mimeo).
23. TEIXEIRA, S. M. F. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G. et alli. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. HUCITEC/CEBES. São Paulo 1988. p. 195—207.