



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ SARAIVA FELIPE

**A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
NARRATIVA DE UM SUJEITO EM AÇÃO**

BRASÍLIA – DF

2021

JOSÉ SARAIVA FELIPE

**A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
NARRATIVA DE UM SUJEITO EM AÇÃO**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA - DF

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF315c FELIPE, JOSÉ SARAIVA
A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: NARRATIVA DE UM SUJEITO EM AÇÃO / JOSÉ SARAIVA FELIPE; orientador Maria Fátima Sousa. -- Brasília, 2021.
286 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências da Saúde) -- Universidade de Brasília, 2021.

1. Reforma Sanitária. 2. Descentralização. 3. Municipalização. 4. Saúde Coletiva. 5. Sistema Único de Saúde. I. Sousa, Maria Fátima, orient. II. Título.

JOSÉ SARAIVA FELIPE

**A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
NARRATIVA DE UM SUJEITO EM AÇÃO**

Tese de Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora da Qualificação:

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa – Presidente

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem – Membro Interno

Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos – Membro Externo

Prof. Dr. Gerson Oliveira Penna – Membro Externo

Profa. Dra. Carla Targino Bruno dos Santos – Membro Suplente

DEDICATÓRIA

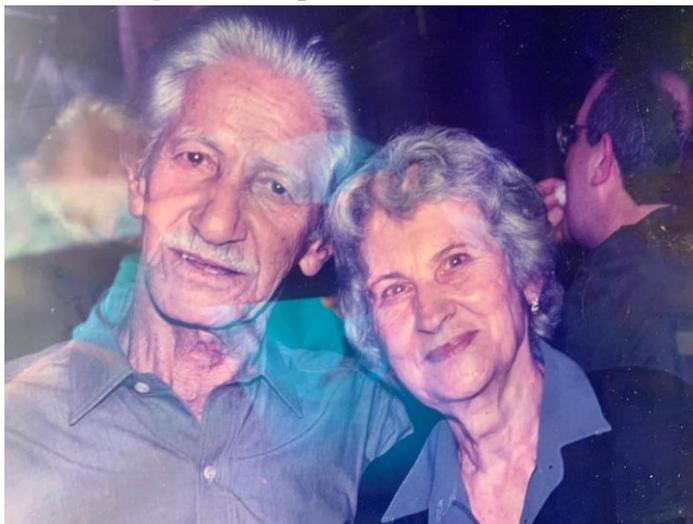
Pensei em dedicar este trabalho a muita gente que o mereceria. Minha família, as companheiras e companheiros de uma jornada de quase 50 anos, aos que ainda acreditam, como Tiradentes, que, “se todos quisermos, podemos fazer deste país uma grande nação”, e àqueles que vivem na minha saudade e me levam adiante, com a força de sua luta e de seu exemplo.

Como os índios tapuias, gostaria de carregar às costas a urna de barro com os ossos dos antepassados (e dos amigos/as), porque, como eles, acredito que os mortos governam os vivos. E que a “saudade é a presença da ausência” (Tristão de Ataíde).

E me consolo com Drummond, que, ao diferenciar ausência e falta (no poema *Ausência*), conclui que a “ausência assimilada – que é um estar em mim –, ninguém a rouba mais de mim”. Transmuta-se em presença eterna.

Mas resolvi voltar à casa paterna, dedicando este singelo trabalho aos meus pais. Ele, “Seu” Alfredo, descendente de Árabes, de quem herdei a emotividade exacerbada, transformou a dura luta para prover à família em devoção, e que, sem que ele mesmo tivesse essa oportunidade, incentivou os filhos a estudarem. Quando um de nós – éramos três – reclamava das dificuldades, recomendava que olhássemos à volta, para trás e para frente, sopesando a nossa aflição com a das pessoas que nos rodeavam. A conclusão era a de sempre: precisávamos reclamar menos e ser mais solidários.

Figura 1. Os pais, Alfredo e Clarice



Fonte: Acervo pessoal

Tinha, como minha avó Geralda, posições diretas, francas, até inconvenientes. Minha mãe, mais amena, sussurrava-lhe ao ouvido que “franqueza demais é falta de educação”. Será?

Dona Clarice era do lar. Filha de fazendeiros, criada na roça, a sua vida era a vida da família, num conceito estendido. Além de nós, cuidava dos irmãos, dos sobrinhos, dos vizinhos – enfim, de quem precisasse.

Os meus pais consideravam a honradez e a honestidade princípios basilares. Certa vez, fui comprar coisas em uma mercearia do bairro, longe da nossa casa. Quando voltei, minha mãe conferiu o troco e constatou que o valor estava errado, em desfavor do comerciante. Apesar da pouca monta, fez-me voltar à loja para devolver parte do dinheiro. Em casa, a força do exemplo excedia a necessidade de qualquer discurso ético, do qual, aliás, meus pais nem faziam ideia.

Ambos morreram nonagenários, cercados pelo carinho dos filhos, netos e bisnetos. Eu aprendi muito do pouco que sei com eles, inclusive que não se deve deixar uma tarefa inconclusa. Esse ensinamento me levou a buscar finalizar esta tese, já numa fase outonal da vida.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa narrativa – metodologia que me foi apresentada pela minha orientadora, a professora Maria Fátima de Sousa – adianta os agradecimentos que deveria fazer nominalmente. O texto entrecruza (em recortes que escolhi) as dimensões tempo-lugar (físico e institucional)-memória.

As relações interpessoais vão desnudando um processo coletivo, que tem como fio condutor a construção (ainda em curso) do Sistema Único de Saúde ao longo de decênios, e a interseção da minha caminhada com a de outras companheiras e companheiros, cujos nomes vou declinando. Considero essa uma forma de homenagem.

Advirto que esta minha narrativa é uma versão, dentre outras tantas possíveis. As omissões – e já me escuso por elas – serão corrigidas nas necessárias revisões e ampliações deste trabalho. O risco de cometer injustiças seria maior se eu tentasse elencar nomes neste espaço.

Quero destacar o apoio da professora Fátima, que, além da competência, demonstrou inquebrantável resistência ao me cobrar a feitura da tese. Ficou clarividente a frase com que Euclides da Cunha inicia *Os Sertões*: “O sertanejo é, antes de tudo, um forte”.

A Fátima, sempre disponível, pegou no meu pé, mesmo quando eu me esquivava de contatos regulares. Ela ombreou essa tarefa com a professora Valéria Mendonça, cuja competência e denodo aprendi a admirar desde quando, passando rapidamente em casa, desfazia-me do terno e dos ares deputacionais para assistir a aulas na Faculdade de Ciências da Saúde, participar de discussões e elaborar trabalhos em madrugadas indormidas. O carinho dos colegas, a quem agradeço, foi sempre um alento.

Gostaria de lembrar algumas pessoas que, nestes estranhos tempos de pandemia, através de videoconferências e trocas de mensagens eletrônicas, ajudaram a reavivar a minha memória em relação a fatos relevantes para a narrativa, dando depoimentos, informações ou contribuindo com textos que muito me ajudaram. É o caso do Cornelis van Stralen, da Christina Fekete, do Daniel Amado, da Eugênia Cireno, da Elisete Rodrigues, do Eugênio Vilaça, do Fabiano Pimenta, do Francisco Campos, da Gisele Bahia, do Henri Jouval, do Itamar de Oliveira, do José Agenor, da Juliana Álvares, da Paola Mota, do Paulo Buss e do Yuri de Lavor.

Agradeço especialmente à Maria Isabel Serpa (*in memoriam*), que me atendeu de maneira eficiente e dedicada durante a maior parte da trajetória relatada neste trabalho.

Destaco o apoio e a paciência da estagiária Flávia Lima, cedida pelo NESCON/UFMG, do Renato dos Santos, da Valquíria Santana e do Rogério Elias.

Agradeço à minha esposa Leonor, companheira em todos os momentos aqui relatados, aos meus filhos, Luciana, Felipe e Diogo, e aos netos, que representam renovação e esperança de vida, Beatriz, João, Helena e Rafael.

Figura 2. Saraiva Felipe e sua esposa, Leonor



Fonte: Acervo pessoal

Figura 3. Foto de família



Legenda: Saraiva Felipe ao centro, ladeado à esquerda pelo filho mais novo, Diogo, sua mãe, Clarice, e o pai, Alfredo. À direita, sua esposa, Leonor, o filho do meio, Felipe, e a filha, Luciana.

Fonte: Acervo pessoal

*Fracassei em tudo o que tentei na vida.
Tentei alfabetizar as crianças brasileiras, não consegui.
Tentei salvar os índios, não consegui.
Tentei fazer uma universidade séria e fracassei.
Tentei fazer o Brasil desenvolver-se autonomamente e fracassei.
Mas os fracassos são minhas vitórias.
Eu detestaria estar no lugar de quem me venceu.*

Darcy Ribeiro

RESUMO

Esta tese de doutoramento, intitulada “A construção do Sistema Único de Saúde: narrativa de um sujeito em ação”, tem por objetivo narrar, pelo próprio sujeito em ação, o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Busca sistematizar aprendizados e acumulações ameadados no decorrer de uma jornada de militância em torno do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde, ao longo das últimas décadas. As narrativas passam desde os tempos de estudante, com destaque para as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária; de jovem profissional da saúde coletiva e dirigente local e regional de saúde em Montes Claros, no sertão de Minas Gerais; de dirigente de secretarias nos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, durante o primeiro governo da Nova República; de gestor estadual na primeira fase de implantação da descentralização estadual e municipal do SUS, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; de parlamentar, na Câmara Federal; de titular no Ministério da Saúde e, novamente, até o presente, de deputado federal. A metodologia utilizada foi a pesquisa narrativa, que permite focar a experiência do sujeito, abrindo espaço para a expressão de sua subjetividade, e, dialeticamente, contar e cotejar as histórias, criando histórias, individuais e coletivas, analisadas em seu conteúdo. O resultado almejado desse percurso foi sistematizado em reflexões e generalizações que apontam para a governança do processo de desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde e, em última instância, a esperança de que esse esforço resulte em algo de valor a ser apropriado por outros atores, em favor do avanço de outro e novo percurso da maior política pública de saúde instituída no país. Considerando-se o Sistema Único de Saúde como o pilar das conquistas sociais no Brasil, alcançado por intermédio de uma mobilização técnico-parlamentar, vive-se um momento de acomodação de interesses. Para a consolidação e o avanço dessa política pública, precisa-se ampliar suas bases políticas e sociais, repolitizar a discussão primordial e retomar o impulso inquieto e transformador do projeto da Reforma Sanitária.

Palavras-chave: Reforma Sanitária; Descentralização; Municipalização; Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This doctoral thesis, titled “The construction of the Unified Health System: narrative of a subject in action”, aimed to narrate, by the subject in action, the process of construction of the Unified Health System. It seeks to systematize learnings and accumulations harvested throughout a journey of militancy around the project of the Brazilian Health Reform and the Unified Health System, over the last decades. The narratives start from student days, with emphasis on the Weeks of Studies on Community Health; as a young collective health professional and local and regional health leader in Montes Claros, in the hinterland of Minas Gerais; as head of secretariats in the Ministries of Social Security and Assistance and Health, during the first government of the New Republic; as a state manager in the first phase of implementation of the state and municipal decentralization of the SUS, at the State Health Department of Minas Gerais; of parliamentarian, in the Federal Chamber; of titular in the Ministry of Health and, again, until the present, of federal deputy. The methodology used was narrative research, which allows us to focus on the subject’s experience, opening space for the expression of their subjectivity and, dialectically, telling and collating stories, creating individual and collective stories, analyzed in their content. The desired result of this path was systematized in reflections and generalizations that point to the governance of the process of development and consolidation of the Unified Health System and, ultimately, the hope that this effort will result in something of value to be appropriated by other actors in favor of advancing an other and new path of the largest public health policy instituted in the country. Considering the Unified Health System as the pillar of social achievements in Brazil, achieved through a technical parliamentary mobilization, there is a moment of accommodation of interests. For the consolidation and advancement of this public policy, it is necessary to broaden its political and social bases, re-politicize the primordial discussion and resume the restless and transforming impulse of the Health Reform Project.

Keywords: Health Reform; Decentralization; Municipalization; Public Health; Unified Health System.

RESUMEN

Esta tesis doctoral, titulada “La construcción del Sistema Único de Salud: narrativa de un sujeto en acción”, tuvo como objetivo narrar, por el sujeto en acción, el proceso de construcción del Sistema Único de Salud. Buscó sistematizar aprendizajes y acumulaciones recolectadas a lo largo de un recorrido de militancia en torno al proyecto de Reforma Sanitaria Brasileña y Sistema Único de Salud, en las últimas décadas. Las narrativas parten de los días de los estudiantes, con énfasis en las Semanas de Estudios sobre Salud Comunitaria; como joven profesional de la salud colectiva y líder de salud local y regional en Montes Claros, en el interior de Minas Gerais; como jefe de secretarías en los Ministerios de Seguridad Social y Bienestar y Salud, durante el primer gobierno de la Nueva República; como gerente estatal en la primera fase de implementación de la descentralización estatal y municipal del SUS, en la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais; de parlamentario, en la Cámara Federal; de titular en el Ministerio de Salud y, nuevamente, hasta el presente, de diputado federal. La metodología utilizada fue la investigación narrativa, que nos permite enfocarnos en la experiencia del sujeto, abriendo espacios para la expresión de su subjetividad y, dialécticamente, contando y cotejando historias, creando historias individuales y colectivas, analizadas en su contenido. El resultado deseado de este camino fue sistematizado en reflexiones y generalizaciones que apuntan a la gobernanza del proceso de desarrollo y consolidación del Sistema Único de Salud y, en definitiva, la esperanza de que este esfuerzo resulte en algo de valor para ser apropiado por otros actores, a favor de avanzar en otro y nuevo rumbo de la mayor política de salud pública instituida en el país. Considerando el Sistema Único de Salud como el pilar de los logros sociales en Brasil, logrado a través de una movilización técnica parlamentaria, de acuerdo hay un momento de acomodación de intereses. Para la consolidación y avance de esta política pública es necesario ampliar sus bases políticas y sociales, repolitizar la discusión primordial y retomar el impulso inquietante y transformador del Proyecto de Reforma en Salud.

Palabras clave: Reforma Sanitaria; Descentralización; Municipalización; Salud Pública; Sistema Único de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMMG	Associação Médica de Minas Gerais
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
APC	Área de Planejamento e Coordenação
APCA	Associação Paulista de Críticos de Arte
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ASCOM	Assessoria de Comunicação
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
BHC	Hexaclorociclohexano
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDESSPAC	Centros Demonstrativos de Serviços de Saúde com Participação Comunitária
CEF	Caixa Econômica Federal
CEME	Central de Medicamentos
CENDES	Centro de Desenvolvimento
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CES	Centro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde
CHCPB	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde (nível estadual)
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CODEVASF	Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	Centro Regional de Saúde
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
CTA	Conselho Técnico-Administrativo
DA	Diretório Acadêmico
DAAB	Diretório Acadêmica Alfredo Balena
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DEOP	Departamento Estadual de Obras Públicas
DEPROCOM	Departamento de Programas Comunitários
DER	Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem de Minas Gerais
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DNOCS	Departamento Nacional de Obras Contra as Secas
DOM	Diário Oficial do Município
DOU	Diário Oficial da União
DRE/SE/MG	Delegacia Regional de Ensino/Secretaria de Educação/Minas Gerais
DRS	Diretorias Regionais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EC	Emenda Constitucional
ECEM	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina

EMATER-MG	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais
ENEM	Encontro Nacional de Estudantes de Medicina
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESMIG	Escola de Saúde de Minas Gerais
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FAMED	Faculdade de Medicina de Montes Claros
FAMUC	Fundação de Assistência Médica
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FAT	Fundo de Apoio ao Trabalhador
FAS	Fundo de Assistência Social
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FHMOC	Fundação Hospitalar de Montes Claros
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Faculdade de Medicina
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GAP	Guia de Autorização de Pagamento
GEIN	Grupo Executivo Interministerial
GIH	Guia de Internação Hospitalar
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPETEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
IESA/MG	Instituto Estadual de Saúde Animal de Minas Gerais
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
INAMPS/MPAS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INERU	Instituto Nacional de Endemias Rurais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPMs	Inquéritos Policiais Militares
IPPEDASAR	Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural
JUC	Juventude Universitária Católica
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MD	Ministério da Defesa
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
ME	Movimento Estudantil
MEC	Ministério da Educação
MINTER	Ministério do Interior
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
MTb	Ministério do Trabalho
MT&C	Medicinas Tradicionais e Complementares
NAP	Núcleo de Apoio Psicopedagógico
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NUTES	Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OSL	Observatório da Saúde no Legislativo
PAI	Programa Ampliado de Imunização do Norte de Minas
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil

PDS	Partido Democrático Social
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PESES	Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIPSSNM	Projeto Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas
PIS/PASEP	Piso de Atenção Básica/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PISA	Programa Internacional de Avaliação de Estudantes
PISAM	Projeto Integrado de Saúde Mental
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDES	Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POI	Programação Orçamentação Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PPREPS	Programa de Preparação de Recursos Estratégicos de Pessoal de Saúde
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRODISA	Programa do Direito Sanitário
PRORURAL	Programa de Assistência Rural
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
REME	Movimento de Renovação Médica
RM	Relatório Mundial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Sistema de Assistência à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEPLAN/PR	Secretaria de Planejamento da Presidência da República

SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESACS	Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SETAS/MG	Secretaria do Trabalho e Ação Social/Minas Gerais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINDUSFARMA	Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos
SMSAS	Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SOSP/MG	Sistema Operacional de Saúde Pública de Minas Gerais
SSM	Secretaria de Serviços Médicos
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCU	Tribunal de Contas da União
UAS	Unidades Auxiliares de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
US	Unidade de Serviços
USAID	United States Agency for International Development

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Os pais, Alfredo e Clarice	5
Figura 2. Saraiva Felipe e sua esposa, Leonor	8
Figura 3. Foto de família	8
Figura 4. Saraiva, Arouca e Hésio Cordeiro, 1988	25
Figura 5. Nuvem de palavras, Capítulo I.....	39
Figura 6. Nuvem de palavras, Capítulo II	39
Figura 7. Nuvem de palavras, Capítulo III	40
Figura 8. Nuvem de palavras, Capítulo IV	40
Figura 9. Nuvem de palavras, Capítulo V	41
Figura 10. Nuvem de palavras, Capítulo VI.....	41
Figura 11. Reunião em posto de saúde no Norte de Minas Gerais, 1977.....	52
Figura 12. Dia da formatura em Medicina/UFMG, em 08/12/1976.....	56
Figura 13. Saraiva Felipe em companhia de dona Maria do seu Liordino.....	62
Figura 14. Saraiva Felipe como diretor regional de Saúde de Montes Claros/MG, apresentando as realizações do Projeto Montes Claros, 1978	65
Figura 15. Recebendo o professor Maneco Ferreira em Montes Claros, 1978	92
Figura 16. Reunião de supervisores do Centro Regional de Saúde, 1977.....	94
Figura 17. O “time” do Internato Rural.....	104
Figura 18. Saraiva Felipe com Mário Hamilton, 2000.....	111
Figura 19. Saraiva Felipe, entre os irmãos Darcy e Mário Ribeiro	116
Figura 20. Saraiva Felipe e Waldir Pires.....	149
Figura 21. Viagem a Manacapuru/AM: Saraiva Felipe, Eleutério Rodriguez Neto, 1985 ...	154
Figura 22. Deputado federal Saraiva Felipe, acompanhado pelo presidente Itamar Franco, ao centro, e pelo senador Pedro Simon, à esquerda, 1994	162
Figura 23. Saraiva Felipe ao centro, como ministro da Saúde, com Paulo Gadelha, à esquerda, e Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), à direita, 2005.....	183
Figura 24. Saraiva Felipe, à esquerda, com Walfrido dos Mares Guia e Alceni Guerra	193
Figura 25. Saraiva Felipe com o ex-ministro Adib Jatene, em lançamento de campanha no Hemominas, 1992.....	194
Figura 26. Saraiva Felipe e o ministro da Saúde, Henrique Santillo, 1993.....	205

Figura 27. Saraiva Felipe, de braços cruzados à direita, em solenidade na UFMG, acompanhado do reitor Cid Veloso (terno escuro), à esquerda, dos professores Antônio Cândido e Benedictus Philadelpho e da enfermeira Isabel Santos, 2001	208
Figura 28. Tela da entrada do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1992.....	210
Figura 29. Cartaz da <i>II Conferência Estadual de Saúde Mental</i> , 17 a 20 de setembro de 1992	221
Figura 30. Saraiva Felipe com Manuelzão, personagem de Guimarães Rosa no livro <i>Manuelzão e Miguilim</i> , 1995.....	223
Figura 31. Como deputado federal por Minas Gerais, de 1995 a 2019.....	226
Figura 32. Posse como ministro da Saúde em 2005.....	229
Figura 33. Saraiva Felipe, secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, com Francisco de Assis Machado (Chicão), à direita, e à esquerda, de camisa branca, Célio de Castro, o prefeito de Belo Horizonte, 1992	231
Figura 34. Saraiva Felipe, ladeado à esquerda por Fernando Haddad e, à direita, por Francisco Campos	244
Figura 35. Saraiva Felipe, como ministro da Saúde, na inauguração da escultura em homenagem a Sérgio Arouca, na FIOCRUZ/RJ, 2005	249
Figura 36. Linha do tempo: de 1972 a 2021	260

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comparativo do modelo de gestão hegemônico e da alternativa formulada no contexto do Projeto Montes Claros	115
Quadro 2. Quadro de orçamento do Estado para a Saúde	206
Quadro 3. Distribuição da Rede Hospitalar – SUS/MG	209

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	24
1. INTRODUÇÃO	27
2. OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3. METODOLOGIA	31
3.1 A EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO	31
3.2 ANÁLISE DAS NARRATIVAS.....	38
3.3 QUESTÕES ÉTICAS A SEREM CONSIDERADAS	41
4. REFERENCIAL HISTÓRICO	44
CAPÍTULO I	49
CORAÇÃO DE ESTUDANTE: JUVENTUDE E FÉ	50
A SAÚDE SEM SUS: DURO APRENDIZADO	59
O SONHO (IM)POSSÍVEL.....	62
CAMINHO É POR ONDE SE PASSA: MONTES CLAROS	64
CAPÍTULO II	71
E MONTES CLAROS MONTESCLAREOU	72
ESTRUTURA DO PROJETO	73
O “CAOS PRODUTIVO” E CRIATIVO.....	74
CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO	79
IPPEDASAR: UMA TEMPESTADE PERFEITA.....	85
A RETOMADA DO PROJETO	87
SUSTENTAÇÃO POLÍTICA	89
SOB NOVA DIREÇÃO OU NOVOS RUMOS?.....	93
INTERNATO RURAL: INICIATIVA PIONEIRA	104
O LEGADO DO PROJETO MONTES CLAROS	107
CAPÍTULO III	120
ARACNÍDEOS E CULICÍDEOS	121
CAPÍTULO IV	152
PLANALTO E PLANÍCIE.....	153
CAPÍTULO V	181

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: O IMPERATIVO DA MUNICIPALIZAÇÃO	182
CAPÍTULO VI	225
MINISTÉRIO DA SAÚDE: UM DESAFIO E TANTO.....	226
E AGORA, JOSÉ?	252
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	263

APRESENTAÇÃO

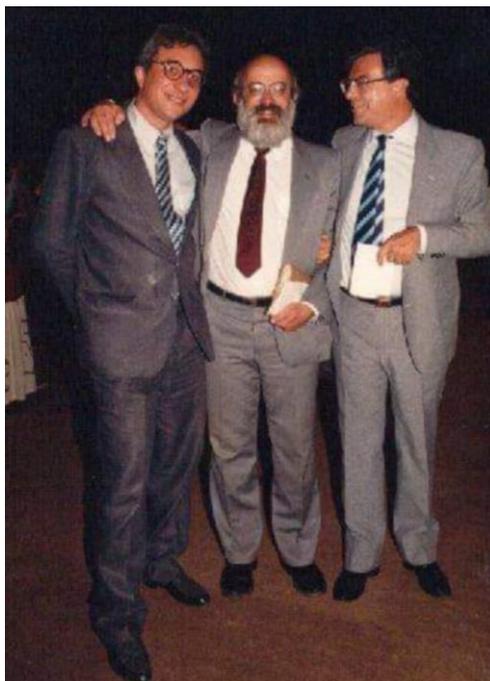
*As pessoas podem esquecer o que você fez, o que você disse, mas
nunca esquecerão o que você fez sentir.*

Fernando Pessoa

Esta tese de doutorado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), buscará sistematizar aprendizados e conhecimentos ameadados ao longo de uma jornada de militância em torno desse objeto de sonhos, preocupações, reflexões, ações e, por que não reconhecer, de avanços e retrocessos que demarcam os antecedentes imediatos e a própria evolução dessa proposta ao longo das últimas décadas.

Minha vida profissional, nos cenários institucionais dos Poderes Executivo e Legislativo, desenvolveu-se coetaneamente e, em vários momentos, de forma entrelaçada com o processo que ora tomo como objeto desta pesquisa acadêmica outonal. De certo modo, culmina também, apenas para a realização pessoal, minha atuação como docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), uma experiência acadêmica tantas e prolongadas vezes interrompida pela atuação em outras funções, mas que sempre me encantou e envaideceu, não apenas por seus afetos pessoais, mas também por sua relevância social, no desejo de compartilhar os conhecimentos adquiridos sobre o sistema de saúde brasileiro.

Figura 4. Saraiva, Arouca e Hésio Cordeiro, 1988



Legenda: Encontro registrado entre Saraiva Felipe (à esquerda), Sérgio Arouca (ao centro) e Hésio Cordeiro (à direita), 1988. Fonte: Acervo pessoal

A deliberação de realizar este doutorado em Saúde Coletiva é fruto das experiências que a vida me proporcionou desde os tempos de estudante: nas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACS); de jovem profissional da saúde coletiva e dirigente local e regional de saúde em Montes Claros, no sertão de Minas Gerais; de dirigente de secretarias nos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, durante o primeiro governo da Nova República; de gestor estadual na primeira fase de implantação da descentralização estadual e municipal do SUS, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; de parlamentar, na Câmara Federal; de Ministro de Estado da Saúde.

Nesse período de mais de quatro décadas, testemunhei e fui protagonista, na linha de frente ou na ribalta, da história de construção do SUS. Por todos esses motivos, propus-me a realizar este exercício como base para sistematizar e elaborar uma versão da minha história de vida, que, pela abordagem metodológica escolhida, não se restringe à contribuição do chamado Movimento Sanitário, mas faz referência a um conjunto de atores que direta ou indiretamente participaram da construção do SUS. Assim, este trabalho tem em vista a obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Além do desafio acadêmico, alimento, ainda, a expectativa de compartilhar essas vivências com a nova geração de defensores do SUS e, por razões de amizade e gratidão, com os companheiros de luta por esse sonho que sonhamos juntos e pelo qual dedicamos esforços conjuntos.

1. INTRODUÇÃO

As considerações a seguir apresentadas dizem respeito a questões que têm sido objeto de debates e reflexões com ampla divulgação em periódicos e outras publicações científicas. A apreciação sistematizada dessa literatura constará no texto, conforme previsto nos objetivos e na metodologia deste projeto, de modo que a bibliografia citada ao final apenas ilustra o reconhecimento dos pontos de vista de alguns desses autores com os quais o doutorando travou conhecimento e, em vários casos, estabeleceu fortes laços de amizade ao longo da jornada objeto da tese ora desenvolvida, calcada na própria revisão de sua experiência como testemunha atuante nesse processo.

A saúde faz parte do conjunto de direitos sociais que conferem condições substantivas para a cidadania e para o exercício da liberdade individual e da igualdade de oportunidades. A concretização desses direitos está associada às formas de produção e usufruto da riqueza das nações. Entretanto, há economias dinâmicas, com elevadas taxas de crescimento, que não podem ser classificadas como desenvolvidas pela vigência de exclusão, desigualdade e organização social rígida e estratificada que se manifesta nos indicadores de saúde.

No Brasil, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) incorporou, como parte do movimento de redemocratização, um conjunto de direitos sociais e nomeou a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, com base na convergência de políticas econômicas e sociais. Essa conquista resultou de um pacto, durante o processo Constituinte, com vistas a instituir um sistema de saúde universal, equânime e com garantia de acesso integral a todos os níveis de complexidade – um marco no processo histórico de conformação de um Estado de bem-estar social, ao associar desenvolvimento econômico e equidade social. Pela primeira vez, o texto constitucional brasileiro concebe a saúde como um direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde e ao acesso de todos a ações e serviços de saúde, consubstanciado no SUS por meio do art. 196.

Apesar dos avanços na implantação do SUS, a exemplo da ampliação e qualificação da atenção e do reordenamento dos mecanismos de gestão, resta uma agenda inconclusa, em que persistem e se ampliam riscos de retrocessos dessa conquista da sociedade brasileira. A ampliação da cobertura ocorre numa conjuntura tecnológica na qual uma miríade de intervenções diagnósticas e terapêuticas se expande rapidamente, elevando os custos da assistência à saúde a patamares antes impensados. Ademais, lidar com processos de inclusão

social em cenários de renúncias fiscais e crise econômica, em que escasseiam ainda mais os recursos destinados às políticas sociais, representa um desafio que pode colocar em xeque o ideário da saúde coletiva brasileira tão bem tecido um quarto de século atrás.

A reflexão criteriosa sobre esses aspectos, além de tantos outros que embaraçam a construção do SUS, é a chave para deslindar seu porvir. Contudo, é desejável superar visões polarizadas ou viciosas que obscurecem a capacidade analítica sobre tal porvir. Por um lado, o SUS aparece como algo dado ou estabelecido, assentado na repetição *ad nauseam* dos seus princípios, transformados em dogmas. Nesse viés, as análises focalizam majoritariamente questões específicas, relacionadas a problemas dos programas e serviços ou unidades de saúde, o que representa um reducionismo indesejável ante desafios que parecem insuperáveis.

Por outro lado, instala-se um pessimismo dúbio: o SUS é inviável, impossível de ser bancado pelo financiamento público. Nesse campo medram sugestões de choque de privatização, próprio de um receituário neoliberal: por que não concessionar os serviços, fazendo-os funcionar com os recursos disponíveis? Há quem defenda somar todos os recursos públicos e dividi-los em bolsas distribuídas à população, igualmente ou ponderadas de acordo com a renda familiar, situação em que cada beneficiado/usuário decidiria sobre a melhor maneira de se prevenir ou curar dos males que lhe possam acometer. Outros advogam que o Estado ofereça um “pacote” de atendimento básico para toda a população, além do qual restaria a busca de alternativas pessoais ou sistemas mútuos de solidariedade organizados por grupos de usuários. Enfim, um SUS para os pobres, outro para os remediados e um terceiro para os mais abonados e os ricos, que continuariam abatendo suas despesas do imposto de renda, entre as quais se incluíram recentemente gastos estéticos.

Este introito visa tão somente tracejar o escopo do trabalho a ser desenvolvido. Tendo em vista a complexidade deste objeto, a construção do SUS, uma breve apreciação sobre o período que antecedeu o surgimento dessa proposta de política de saúde no Brasil será apresentada, apenas evocando registros memoriais, como referido inicialmente, sem preocupação com referências específicas a outros atores. Essa abordagem é coerente com a primeira etapa proposta para o desenvolvimento do trabalho, que corresponde à metodologia de pesquisa qualitativa/narrativa, isto é, o resgate dos registros memoriais; a fase seguinte consistirá no cotejamento das reflexões e interpretações próprias com as de autores a serem considerados na revisão da literatura, com base no temário composto a partir da recuperação memorial.

O objeto declarado é a revisão crítica do processo de implementação do SUS, cotejando as análises e ponderações já elaboradas, ou em elaboração, por um protagonista nos

serviços e na academia, tendo como eixo as vivências/atuções desse ator/autor. A intenção maior é enfrentar desafios atuais e desvendar caminhos para a retomada da essência que culminou na criação do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Narrar a trajetória pessoal e profissional do sujeito sócio-histórico e político quanto a fatos fundantes no processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em diferentes contextos, mediados por análises críticas reflexivas, reveladoras das experiências vividas pelo autor-sujeito em ação, em posições e participações assumidas ao longo de sua vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Assinalar os fundamentos sócio-histórico-sanitários do movimento pela Reforma Sanitária brasileira que culminaram em um conjunto de valores e princípios norteadores na construção SUS;
2. Rememorar os meandros da política de saúde adotada na Nova República, consubstanciada na estratégia de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), que antecedeu a transferência do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS/MPAS) para o Ministério da Saúde, em 1990;
3. Resgatar vivências e sistematizar reflexões sobre os movimentos político-institucionais do SUS, na primeira metade dos anos 1990, a partir da experiência de gestor estadual de saúde em Minas Gerais;
4. Deslindar as encruzilhadas do SUS com base nas vivências do autor como parlamentar na Câmara Federal e dirigente do Ministério da Saúde;
5. Comentar os principais desafios na evolução do SUS, com ênfase naqueles que persistem como ameaças para sua consolidação.

3. METODOLOGIA

*Prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante*

*Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo*
Raul Seixas

Aqui, explico as escolhas metodológicas e os critérios nos quais me baseio para a construção desta pesquisa. Reconheço o incomum uso de uma autobiografia narrativa na pesquisa em saúde. Contudo, assumo que as seleções escolhidas se dão em um movimento de pesquisador/autor que faz uso de sua experiência de vida, como participante, na implementação e gestão, da criação de um sistema de saúde de relevância para a sociedade brasileira, pautando nos critérios acadêmicos-científicos e assegurando os aspectos técnicos, metodológicos e epistemológicos comuns em pesquisas.

John Dewey foi um teórico da educação que contribuiu para a metodologia de pesquisa narrativa, defendendo que estudar a experiência de vida seria a chave para a educação (DEWEY, 1959; 1979). Nesse aporte, entendo que a pesquisa narrativa pode trazer à tona as transformações da saúde pública brasileira, do SUS e deste pesquisador no período de 1973 a 2018, no qual estive envolvido em diversas áreas e posições relevantes à temática. Nesta investigação, como proponente, assumo o papel de pesquisador e de pesquisado ao mesmo tempo, fazendo um relato memorial em três dimensões: a consolidação da saúde pública brasileira, os seus paradigmas e os desafios para o século XXI.

3.1 A EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO

A escolha da metodologia da pesquisa narrativa, em contraposição ao modelo estatístico e de eficiência social de Edward L. Thorndike (RABELO, 2016), dá-se por motivos óbvios. Thorndike foi um psicólogo da educação que popularizou a ideia de uma ciência da educação baseada na observação do comportamento, através de testes estruturados aplicados aos alunos. Esse modelo está associado principalmente às práticas “tayloristas”, ou seja,

industriais, de pesquisa e avaliação de resultados. Um fato a se observar é que a concepção de Thorndike sagrou-se como vitoriosa sobre o modelo de John Dewey, como podemos constatar nas pesquisas e nos sistemas de avaliação de educação mundiais, como o Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA)¹.

Assim, para este estudo, a escolha pela pesquisa narrativa dá-se pela natureza da investigação em tela e pela necessidade de buscar uma análise crítica, com visão de dentro do ambiente político, da dimensão temporal, das políticas públicas, dos atores, dos conflitos que aconteceram na saúde brasileira, trazendo uma contribuição para o entendimento histórico e epistemológico do nosso processo civilizatório em saúde.

Nesse arcabouço, tem-se que a narrativa é uma forma de compreender a experiência humana, as histórias vividas e contadas, visto que “uma verdadeira pesquisa narrativa é um processo dinâmico de viver e contar histórias, e reviver e recontar histórias, não somente aquelas que os participantes contam, mas aquelas também dos pesquisadores” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p. 18). Para esses autores, a educação e a vida são indissociáveis, de modo que aprendemos no processo da reflexão, pois a vida é preenchida de fragmentos narrativos, marcados em momentos históricos de tempo e espaço. Assim:

As pessoas vivem histórias e no contar dessas histórias se educam, se constituem, se reafirmam. Modificam-se e criam novas histórias. As histórias vividas e contadas educam a nós mesmos e aos outros, incluindo os jovens e os recém-pesquisadores em suas comunidades. (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p. 27)

No trabalho desenvolvido por Clandinin e Connelly (2011), a pesquisa narrativa é vista como um método de estudo no qual o papel do pesquisador é interpretar os relatos em sua conexão de passado, presente e futuro e, a partir deles, criar um novo texto. Os dados obtidos na pesquisa podem ser coletados de forma oral e/ou escrita, cabendo ao pesquisador decidir qual delas se adequa mais ao perfil de seu estudo. Refletindo sobre educação, vemos a pesquisa narrativa como uma possibilidade de estudo interessante, pois educação e vida estão interligadas.

Esse instrumento me pareceu adequado ao objeto de pesquisa, visto que a experiência em diferentes funções no campo de saúde ao longo de mais de 40 anos, dedicados a esferas de governo distintas, abre espaços para aprofundar, compreender e reconstruir/refazer a

¹ O Programa Internacional de Avaliação de Estudantes é uma iniciativa de avaliação comparada, aplicada de forma amostral a estudantes matriculados a partir do 8º ano do ensino fundamental, idade em que se pressupõe o término da escolaridade básica obrigatória na maioria dos países. O objetivo é elaborar indicadores sobre a educação dos países que a integram, nas competências da Leitura, Matemática e Ciências, Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/pisa>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

consciência das práticas vivenciadas entre os aspectos supracitados, que transitam entre si, permitindo concatenar o papel de ator e investigador da minha própria história, na intersecção com outras histórias, coetâneas ou não, de reconstrução/construção de novas histórias num processo socializado. A comunicação de significados e saberes deverá levar à produção e ao compartilhamento de conhecimentos experienciais.

Maria Cecília Minayo e Carlos Gomez lembram que “o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a [...] desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo de sua proposta” (MINAYO; GOMEZ, 2003, p. 118). Na trilha dessa orientação, a abordagem metodológica apropriada para o desenvolvimento deste trabalho é a pesquisa qualitativa, tanto em razão da natureza do objeto, o processo de construção dos SUS, quanto do propósito do autor, a sistematização de reflexões sobre sua convivência e interação com tal objeto.

Pedro Demo (1998) lembra que a investigação qualitativa se distingue da quantitativa porque esta excluía a dialética como parte importante do conhecimento, em uma noção positivista. Assim, os métodos qualitativos foram uma “reivindicação das ciências sociais e humanas” que não se conformavam com a ditadura imposta pelo método (DEMO, 1998, p. 90). Para o autor, as concepções que se sucederam não excluem o legado formalista da ciência; apenas ampliam o olhar para os fenômenos que, também, representam a realidade histórica, como a democracia, a cidadania, o engajamento político e outros tantos que apontam dimensões valorativas.

Ademais, o deslocamento do pensamento crítico suscita possibilidades de novas leituras de um mesmo recorte da vida sob um tempo e uma situação que se deseja analisar. Trata-se de um processo de contínua construção e reconstrução, que pode promover um encontro do autor com o objeto, incentivando novas condutas para o aprimoramento de decisões que determinados tempos históricos exigem. A reflexão, inicialmente solitária, torna-se solidária à medida que percebe nuances coletivas que a enredam, incorporando o vivido com o passado e com o futuro que se almeja; as histórias sobre “*as vidas humanas necessitam e merecem ser contadas*” (RICOEUR, 1983, p. 19).

A ciência, nas mais diversas áreas, tem compromisso moral com a consolidação da cidadania, que deve ser mediada ainda mais por representantes que apresentem um arcabouço cultural, profissional e social mais privilegiado, o que, de algum modo, legitima minha participação como fonte relevante do constructo histórico ao qual esta pesquisa se dedica, a construção do SUS. Sustentando essa fala, Bernardete Gatti assinala que os cursos de pós-graduação devem responder aos múltiplos desafios sociais, refletindo “*sobre as condições*

atuais e o futuro desejável”, e que a pesquisa está ancorada “em sua história específica em nosso país e em como se apresenta no momento” (GATTI, 2001, p. 111).

A compreensão analítica da narrativa, em diferentes tempos e experiências, é um desafio, na medida em que integra aspectos de mais de uma ciência, como a política social e a saúde, que por vezes “*desenvolvem-se em arenas distintas, sustentados igualmente por distintas ações, paradigmas e interesses, não isentos de conflitos*” (BOSI; GASTALDO, 2011, p. 1197). Muitas dessas disparidades podem passar despercebidas por métodos quantificados, sendo, portanto, identificadas e discutidas sob a ótica qualitativa.

A execução deste trabalho seguiu um movimento dialético cujo ponto de partida foi identificar e revisar questões críticas em torno da construção do SUS no contexto histórico do Movimento Sanitário, desde meados dos anos 1970 aos dias atuais. Prosseguiu, interativamente, com as bibliografias referências da área, além da seleção de informações em arquivos pessoais e institucionais, nas memórias, agendas e anotações, que ajudaram a compreender as questões relacionadas. Ao completar esse ciclo, busquei reelaborar as interpretações sobre tais fatos, ensejando possíveis retornos à discussão em tela, com renovada disposição para expandir e aprofundar o conhecimento sobre o objeto revisitado, de uma forma mais distante possível e, portanto, mais crítica.

A reconstrução memorial de interpretações e a revisão de conhecimentos têm sido preocupações constantes no desempenho das funções que demarcaram a experiência de um médico sanitário e docente de Medicina Preventiva e Social, gestor nas três esferas de governo e parlamentar, persona esta com a qual mais se identifica, em razão da jornada de seis mandatos como deputado federal pelo Estado de Minas Gerais. Em todas as funções da minha trajetória pessoal e profissional, defendo a saúde como direito humano para todos os cidadãos.

Nessa elaboração, a pesquisa narrativa memorial aconteceu simultaneamente em três “lugares” – nas fontes de dados, no registro do percurso e no modo de produção de conhecimento –, assumindo o modo de pesquisa como característica da experiência narrativa em todos eles, de forma articulada. Isso significa que a produção da narrativa acontece de forma analítica pós-eventos, tendo o seu registro por escrito e colocando-me como fonte de dados que se constitui no percurso, em diálogo com as narrativas que são as fontes de dados iniciais. Se procuramos uma coerência antropológica e estética, que buscamos entre fontes de dados, registros e modos de produzir conhecimento, sempre narrativos, sugerem-se facilidades óbvias pela suposta ausência de contradições acentuadas e pelas certezas que, fatalmente, levam a erros.

Essas escolhas favorecem a articulação orgânica dos dados, do percurso e da produção de saber; faz-se necessária a presença do “eu crítico” em cada registro de percurso para que a pesquisa não seja enviesada, buscando-se a maior proposição de perguntas possível, na medida em que faço uma pesquisa narrativa da minha história como gestor e da minha relação com a saúde pública brasileira.

Uma vez determinado o porquê da pesquisa narrativa, passamos para os modelos teóricos, destacando o que entendemos se adequar melhor aos nossos objetivos. Dewey (1959; 1979) entende que um critério da experiência é a continuidade, nomeadamente a noção de que a experiência se desenvolve a partir de outras experiências, e de que experiências levam a outras experiências. À medida que pensamos sobre o aprendizado de uma criança, sobre uma escola ou sobre políticas públicas de saúde, há sempre uma história que está sempre mudando e sempre encaminhando para outro lugar, outro deslocamento.

Neste percurso, foi preciso adentrar nos estudos teóricos da narrativa (CLANDININ e CONNELLY, 2011) para compreender com maior clareza a potencialidade dos fenômenos além dos números, em um entrelace das experiências vividas com a ciência. Buscou-se a recuperação da narrativa do processo de construção do SUS, com base na revisão memorial do autor, vis-à-vis o cotejamento interativo com os resultados das fontes bibliográficas e a consulta a outras fontes, como arquivos (com destaque para o Observatório da Saúde no Legislativo (OSL), Programa de Direito Sanitário (PRODISA) /FIOCRUZ-Brasília) e depoimentos de outros atores/autores.

Na busca de uma abordagem de pesquisa narrativa que mais se adeque a este estudo, avalei trabalhos das áreas da antropologia, psicologia, psiquiatria e sociologia. Destacam-se: Donald Polkinghorne (1988), com a relação do saber narrativo com as ciências sociais; Robert Coles (1989), pensando nas construções das histórias; Roy Schafer (1992), analisando a perspectiva no ato de recontar; Clifford Geertz (1995), no sentido antropológico; Mary Catherine Bateson (1998), quanto às dimensões analisadas; Norman Denzin (1997), no que tange à interpretação das narrativas; e Barbara Czarniawska (1997), quanto a como se dão as narrativas em organizações.

Considerando-se o trabalho do antropólogo Clifford Geertz, *Atrás dos fatos: dois países, quatro décadas, um antropólogo* (2012), nota-se uma maior aderência a esta pesquisa, por se tratar de uma pesquisa narrativa memorial e por colocar a “instabilidade e transformação” como grandes elementos do desenvolvimento e da crítica da pesquisa narrativa. Nessa mesma perspectiva, Mary Catherine Bateson (1998) entende que aprender é transformar-se, e transformação, no conceito de Geertz, é a transformação no mundo, na pesquisa, no

pesquisador, na posição ou no ponto de vista, nos resultados. Isso é o que ele chama de “o problema”.

Importa lembrar que Geertz observa o estado de “ambiguidade” sobre o que é possível e o que deve ser feito em uma pesquisa. Ele quer que o pesquisador seja um observador cuidadoso que colete uma variedade de textos de campo na esperança de oferecer resultados com conexões das coisas. Em vez de dizer que as coisas realmente aconteceram, o pesquisador escreve que as coisas parecem ter acontecido. A visão de “ambiguidade e transformação” desses marcos teóricos, associados a uma autocrítica das limitações da pesquisa narrativa, promove um trabalho rico em hipóteses e livre das “certezas”.

O percurso metodológico que orientou este trabalho pautou-se na tríplice perspectiva de um ator que ora assume um novo papel, como autor de um projeto acadêmico, buscando refletir sobre as pontes que os distintos papéis sociais me proporcionaram, entendendo que, “para além de desafios técnicos, esfera a que muitas vezes as análises se restringem, há que se considerar valores, o que exige transitar pela dimensão ético-política” (BOSI; GASTALDO, 2011, p. 1198).

Além disso, o reagrupamento dos objetivos específicos na completude do objetivo geral consignou-se nas conclusões e considerações finais, com a elaboração de visões prospectivas sobre o devenir dos entraves ou obstáculos que permearam a história recomposta pela revisão memorial, complementada pelos aportes teóricos e informações coletadas em fontes relacionadas. A sinergia entre revisão memorial e bibliográfica e outros depoimentos foi bússola orientadora para as reflexões apresentadas ao longo do texto como forma de expor e refletir relações e interferências de diferentes interesses na construção doutrinária e operacional do SUS, bem como a caracterização de desafios a serem evitados ou enfrentados no futuro, tendo em vista a preservação dos valores, princípios e da própria sobrevivência do SUS.

O pensamento narrativo pede uma estruturação científica que permite dividir o todo em partes dissecáveis e hierarquizáveis. Na aproximação com essa ideia, considerei a taxonomia de Benjamin Bloom como método, uma vez que ela é composta por seis níveis de comportamento cognitivo: conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação (BLOOM, 1956). Desse modo, as categorias, nomeadamente níveis de comportamento cognitivo, foram utilizadas em toda a estrutura desta pesquisa para criar espaços homogêneos de investigação e análise, buscando evitar as certezas e vieses naturais de uma pesquisa narrativa. Outros pontos importantes de estruturação, análise e crítica são a temporalidade, as pessoas, a ação e o contexto.

No que tange ao pesquisador narrativo, atendo-me ao “mito da estrutura”, conceito criado pelo filósofo Karl Popper, o qual sugere que somos prisioneiros das estruturas das nossas teorias, das nossas expectativas, das nossas experiências, da nossa língua. Essa noção de estrutura é uma visão formalista, de que as coisas nunca são o que são, mas, em vez disso, são o que nossa estrutura ou ponto de vista fazem dela. Assim, nada é o que parece ser, e as únicas coisas dignas de serem notadas são os termos, as formas, por meio das quais as coisas são percebidas. O produto do esforço teórico-metodológico será sempre a minha versão, a partir de um lugar socioinstitucional, sujeita à confrontação com versões de outros sujeitos/atores/autores/pesquisadores.

O pensamento estruturalista coloca a experiência e a narrativa sob suspeita para os pesquisadores que a defendem, entendendo que a pesquisa narrativa não é suficientemente teórica. Essa máxima explicita bem o ruído entre as pesquisas narrativas e as pesquisas formalistas. Em parte, os pesquisadores formalistas não estão errados. Quando pesquisamos de modo narrativo, temos de ter muita atenção com a nossa narrativa dominante. Todos os pesquisadores, iniciantes ou experientes, partimos para a pesquisa com perspectivas, atitudes e modos de pensar; nisso se prova a necessidade de ter a criticidade aguçada.

Adilson Citelli (1995) lembra que a narrativa dominante figura entre os cinco tipos de discurso apresentados por ele na obra *Linguagem e persuasão*. Essa narrativa compõe a fala com os princípios e ditames oligárquicos de quem detém o poder em um determinado contexto, ainda que não seja pronunciado de modo autoritário. Nesse conjunto de aportes, entendo que a pesquisa narrativa é muito mais do que procurar, ouvir e interpretar as histórias sob uma ótica dominante de pensamento; para mim, enquanto investigador, ela é uma tentativa de fazer sentido da vida como experiência vivida.

A pesquisa narrativa consegue colocar sob diversos prismas quase 50 anos de histórias vividas por este pesquisador narrativo-memorialista. A grande oportunidade deste estudo é poder demonstrar as diversas narrativas dominantes que incorporam a formação da saúde pública brasileira – que assisti e protagonizei – e como elas se transformaram com o tempo, além do modo como minha própria perspectiva mudou e vem se transformando ao longo do tempo. Essa perspectiva de tempo estendido, somada à experiência pessoal, permite ultrapassar as barreiras do formalismo e do mito estruturalista, potencializando mais hipóteses e menos certezas.

Sobre isso, Immanuel Kant, na abertura do seu livro *Crítica da razão pura* (1987), despertou do sono dogmático citado por Hume no *Tratado da natureza humana* em 1739, reeditado (HUME, 2000). Para a filosofia ocidental, o livro de Kant é um divisor de águas e

tem como chave de seu raciocínio os preceitos da razão. Para o pesquisador narrativo, o despertar é a qualidade a ser buscada e aprimorada. A busca dos vários “eus” do pesquisador, a fuga das certezas, dos preceitos de razão estruturalistas, precisa ser o objetivo da pesquisa narrativa. A prática de evitar enredos romanceados em que tudo termina bem, ilusões de causalidade e visões condicionais é determinante do fator qualidade intersubjetiva da pesquisa. Intento, por objetivo teleológico final, apresentar uma visão personalizada e politizada deste período memorial da saúde pública brasileira.

3.2 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Diante do exposto nestas considerações, realizei uma imersão nos documentos supracitados, e, na revisão memorial, a análise de conteúdo foi utilizada como técnica, uma vez que ela “*oscila entre os dois polos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade*” (BARDIN, 2011, p. 9). Desse modo, buscou-se a hermenêutica crítica, analisando-se os fatos, documentos e narrativas dentro do seu contexto histórico e social. Esse tipo de análise é utilizado em diferentes campos de estudo, pois suas técnicas alargam a compreensão ao fazerem uso da descrição objetiva extraída das comunicações com a respectiva interpretação.

Seguindo-se a técnica de Laurence Bardin (2011), são necessários a pré-análise, a exploração e o tratamento dos resultados, com codificações e inferências, as quais podem contar com recursos de apoio tecnológicos, como softwares, entendendo-se que alguns detalhes podem necessitar da intervenção humana para melhor compreensão. Para Bardin, a análise deve ser orientada por vários polos de atenção, intencionalmente organizados para o propósito de análise almejado.

Desse modo, vislumbram-se os pontos de partida e o destino do percurso metodológico: as questões para a reflexão sobre a retrospectiva histórica do SUS e as suas considerações. Entre esses pontos, o critério seguido foi o de selecionar momentos relevantes, desde a minha condição de estudante, passando por momentos de gestão em diferentes instâncias, até minha experiência como parlamentar, coletando e rememorando situações que conduziram e/ou contribuíram para a constituição e consolidação do SUS como ele é hoje.

A incursão memorial sobre a construção do SUS foi subsidiada por arquivos documentais, agendas pessoais e oficiais, publicações, arquivos e depoimentos pessoais sobre as questões em foco. Além disso, realizei uma revisão teórica e bibliográfica para embasar a narrativa. De cada etapa pessoal e profissional da minha vida, avanço de modo que cada uma

se reflita proveitosamente nas demais, na perspectiva dialética conferida à escolha metodológica.

A cada etapa corresponderá um capítulo do texto final da tese. O capítulo final dessa sequência tratará de consolidar observações e reflexões e compor recomendações que representem uma contribuição original, do ponto de vista teórico-metodológico, bem como relevante, em termos de subsídios para as políticas públicas a que se refere o objeto da tese.

Figura 5. Nuvem de palavras, Capítulo I



Figura 6. Nuvem de palavras, Capítulo II



Figura 7. Nuvem de palavras, Capítulo III



Figura 8. Nuvem de palavras, Capítulo IV



Figura 9. Nuvem de palavras, Capítulo V



Figura 10. Nuvem de palavras, Capítulo VI



3.3 QUESTÕES ÉTICAS A SEREM CONSIDERADAS

Esta pesquisa obedece às Resoluções 466 (BRASIL, 2012a²) e 510 (BRASIL, 2016a³) do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Atende aos princípios de proteção aos informantes, pois se trata de uma pesquisa autoral, construída por meio de narrativas contextualizadas sob o ponto de vista histórico e político. A indagação ética considera que a ciência não é neutra, mas que o pesquisador deve investir em uma postura atenta a juízos de valor, ideológicos e até inverídicos, que possam, voluntariamente, ferir ou expor a dignidade

² Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

³ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

humana. Nesse sentido, este estudo se funda nos princípios de justiça, respeito e solidariedade, ou seja, na consciência da existência do outro como parte fundamental da construção desta narrativa.

Considera-se, também, que entre as tensões que subjazem a uma pesquisa narrativa a certeza é passível de ressignificação, pois nessa linha de pensamento “*as interpretações dos eventos podem ter sempre um outro sentido. Há um senso de provisório, geralmente expresso como um tipo de incerteza, sobre o significado de um evento*” (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p. 65). Assim, se a epistemologia do pesquisador sustenta sua tese, ela busca um bem comum e abriga as construções vividas em conjunto com outras pessoas, que devem ser descritas com rigor ético.

A ética é uma preocupação comum em pesquisas, em especial nas narrativas, e por certo ela se faz necessária, devendo os participantes da pesquisa saber de sua participação nos relatos. Por via de regra, a autorização ética não considera as questões de relacionamento, por entender que elas são parte das narrativas da própria vida do narrador (CLANDININ e CONNELLY, 2011). Desse modo, a pesquisa narrativa, na perspectiva relacional aponta outras noções:

Na perspectiva legalista, as questões sobre o TCLE são insolúveis e provocariam, em um estudo de qualquer nível de complexidade, uma paralisação. Já em uma perspectiva do relacionamento, os pesquisadores são levados aos seus próprios recursos éticos. Para que a pesquisa ocorra, os pesquisadores narrativos ficam inevitavelmente encrocados em relação ao legalismo do processo de aprovação de seus termos de consentimento e de seus projetos. Mas, do ponto de vista das relações, eles precisam considerar suas responsabilidades como pesquisadores e para com seus participantes. (CLANDININ e CONNELLY, 2011, p. 222)

A pesquisa narrativa se coloca, assim, como uma forma ética de compreender e contar a vida, numa leitura de si e dos outros, narrando os fatos e fenômenos no seu tempo sócio-histórico. No percurso da escrita, Jean Clandinin e Michael Connelly (2011) lembram que é natural que mudanças ocorram, uma vez que os participantes podem contribuir e sinalizar novos apontamentos, reconstruindo e refazendo as narrativas, sempre obedecendo aos critérios pertinentes à pesquisa científica. De fato, ocorreu neste trabalho a participação de muitas das pessoas aqui citadas, sendo recorrentes as intervenções para situar e relembrar situações vividas em distintas épocas e situações. Essa participação voluntária e colaborativa foi de grande importância a esta narrativa.

4. REFERENCIAL HISTÓRICO

O golpe militar de 1964 consolidou institucionalmente um modelo de atenção à saúde centralizado e excludente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, que se tornou hegemônico no financiamento e na prestação de serviços de saúde. Foram soterradas as propostas reformistas da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, por convocação do presidente da República João Goulart, quando o ministro da Saúde Wilson Fadul propôs ampliar a atenção à saúde para o conjunto da população brasileira.

Houve notório esvaziamento político e financeiro do Ministério da Saúde durante o regime militar, cujo papel foi relegado às campanhas de saúde pública, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM); ao atendimento médico-hospitalar, mediante unidades de internação em algumas áreas específicas; e, a cargo da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), com base em uma modalidade de atenção preventiva e curativa com profissionais generalistas, ao atendimento à população em áreas de interesse estratégico e econômico, como a Amazônia, o Vale do Rio Doce (onde se exploravam jazidas de minério) e o Vale do São Francisco.

A partir do início dos anos 70, no contexto ainda tímido de questionamento do regime militar, os departamentos de Medicina Preventiva e Social, mormente os das universidades públicas, ancoraram as críticas ao modelo dualista e excludente, que relegava a população não inserida no mercado formal de trabalho a uma situação de indigência, dependente da filantropia. Hospitais universitários e outros serviços foram paulatinamente absorvidos, mediante convênios, pelo sistema previdenciário, que já herdara os hospitais públicos, destinados ao atendimento de categorias específicas de trabalhadores vinculados aos grandes institutos previdenciários⁴ constituídos na era Vargas como parte de um projeto político de cooptação desses trabalhadores.

A transposição dessas críticas para além dos muros acadêmicos se intensificou com o trabalho de extensão universitária, por meio de projetos de atendimento para bairros periféricos ou experimentos locais, a exemplo de Londrina, no Paraná, Campinas, em São Paulo, e Niterói, no Rio de Janeiro; ou regionais, como o Projeto Integrado de Saúde da Região de Montes Claros, em Minas Gerais, o Projeto Planaltina, no DF e em seu entorno nordeste, e o Projeto Encruzilhada, em Pernambuco.

⁴ Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB); Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC); Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI); Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC).

A mobilização estudantil nas universidades, com as *Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária* (SESAC), articulada à crítica que já então contaminara muitos sanitaristas engajados em serviços nas três esferas de governo, bem como a criação de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) desencadearam uma articulação política suprapartidária que se denominou Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, ou, simplesmente, Movimento Sanitário. No final dos anos 1970, esse movimento mostrou sua face organizada e política no Congresso Nacional, no qual deputados e senadores progressistas, em grande parte vinculados à área de saúde, iniciaram a promoção de seminários nacionais para debater e questionar a política de saúde do país.

O sistema previdenciário criara uma burocracia corporativista e articulada com as entidades que representavam os hospitais contratados para o atendimento à população trabalhadora, em contínua ampliação resultante do crescimento econômico e do processo de urbanização acelerado dos anos 1960-70. A montagem desse componente hegemônico do estamento sanitário fora estruturada com base em três medidas interligadas: a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (conhecidos pela sigla IAP, que designava o conjunto dessas instituições) em uma só entidade, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a representar um poderoso oligopólio de contratação de serviços médico-hospitalares; a adoção de uma política de contratação desses serviços por prestadores do setor privado; e, por fim, mas igualmente importante naquele momento, em que tal setor ainda engatinhava no país, a criação de uma linha especial do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) da Caixa Econômica Federal (CEF), para subvencionar construção e equipamento de serviços médico-hospitalares.

Em meados dos anos 1970 esse sistema foi forçado a ceder, embora apenas marginalmente, às críticas e, deve-se reconhecer, às próprias demandas sociais em torno de projetos alternativos ao modelo vigente, ao financiar aqui e ali alguns projetos periféricos, mas inovadores, que mal sobreviveriam apenas com os recursos convencionais da saúde pública (do Ministério da Saúde ou das secretarias de Saúde) ou financiamentos especiais, geralmente de instituições estrangeiras. Muitos desses serviços se tornaram referência e sustentáculo para os críticos do modelo vigente, alimentando as articulações encabeçadas por lideranças multifocais do Movimento Sanitário.

Essa tendência se consolidou a partir de 1976, quando recursos da Previdência Social foram utilizados num ambicioso programa de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), coordenado pelo Ministério da

Saúde e com a participação de outros três ministérios.⁵ Alguns anos depois, no início da década de 1980, também foram alocados recursos da Previdência Social para a efetivação da estratégia Ações Integradas de Saúde (AIS). Nesse interregno, com fortes conexões com o PIASS e as AIS, foi elaborada uma proposta ainda mais ambiciosa que os dois projetos citados, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Tal proposta, quiçá demasiado pretensiosa para aquele momento político-institucional do país, sequer saiu do papel.

Quando a redemocratização do país foi conquistada, em 1985, a acumulação técnica e política consubstanciou-se na proposta de universalização e descentralização de sistemas de saúde, organizados como sistema único em cada esfera de governo, que foi consagrada na 8ª *Conferência Nacional de Saúde*, realizada em Brasília, em 1986.

O passo seguinte resultou de intenso esforço político e renhidas negociações, ao inserir essa proposta no texto constitucional de 1988 (BRASIL, 1988a), que certificou um novo momento na vida nacional. As propostas que configuravam um Sistema Único de Saúde representavam, dentre as reivindicações e lutas de vários setores sociais durante o processo constituinte, as que obtiveram maior expressão, no que diz respeito à qualificação da saúde como direito do cidadão, cabendo ao Estado o seu provimento.

A partir da 8ª *Conferência Nacional de Saúde* (8ª CNS), em 1986, e a consagração de suas propostas na nova Constituição do Brasil, dois anos depois o processo de construção do SUS passou por diversas etapas que têm sido objeto de reflexões e análises publicadas profusamente em textos avulsos e teses acadêmicas, em periódicos científicos e livros. O foco desses estudos ressalta os componentes desse processo no curso de seu desenrolar histórico: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde; a descentralização de comando do sistema de saúde para estados e municípios; a instauração de estratégias de reorientação do modelo assistencial, destacadamente a proposta de atenção básica mediante a saúde da família.

Em geral, essas reflexões acerca do SUS indicam que, após quase 30 anos de trajetória, é necessário o desenvolvimento de formas de aperfeiçoamento de sua capacidade política, institucional, de financiamento, de gestão e oferta de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que se renovam permanentemente. Há obstáculos para a materialização dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade em políticas e ações efetivas de saúde, o que exige bases sólidas e integradas de organização,

⁵ O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério do Interior (MINTER) e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN/PR).

planejamento, produção de serviços, gestão de pessoas e recursos e também governança federativa do processo da Reforma Sanitária brasileira.

É igualmente importante considerar que a agenda mundial de reformas setoriais dos governos nacionais, de inspiração neoliberal, vigente a partir dos anos 1980, trouxe impactos significativos ao setor saúde em todos os países, na medida em que representou um cenário adverso e restritivo para as políticas de proteção social.

Desse modo, o processo de construção do SUS ocorreu em meio a um contexto nacional e internacional desfavorável à materialização de seus fundamentos, tanto sob o aspecto político quanto sob o econômico. E, no caso brasileiro, essa adversidade é agravada pelo formato singular da Federação brasileira, pela diversidade de contextos regionais, com marcantes diferenças sociais, econômicas e culturais, e pelo elevado peso da oferta privada de serviços de saúde. Estes são aspectos que demonstram quão complexo é o processo de construção de um sistema de saúde como o previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988a).

Renova-se permanentemente, por conseguinte, a importância do debate sobre todos esses assuntos, além dos temas que frequentam os embates mais corriqueiros, focalizando as formas de financiamento e as estratégias de gestão para assegurar os avanços e tornar as estruturas de sistemas de saúde mais efetivas na produção de resultados e eficientes na utilização de recursos.

Tais discussões devem levar em conta a contradição representada pela construção de um sistema de saúde universal e equânime numa sociedade desacostumada historicamente à garantia de direitos sociais e ao exercício da cidadania plena. É preciso entender, dentro do processo, cada momento de dificuldade ou enfrentamento para manter e fazer prosperar o ideário e a consolidação do SUS. É preciso deslindar a significação conceitual e tática advinda do desfazimento do conceito de seguridade social que acolhia a aceção do SUS e, em decorrência, a crise que o remeteu a uma situação de indigência financeira, dependente da boa vontade da área econômica dos governos que se seguiram à sua implantação. Mas é preciso descortinar o véu que encobre nosso entendimento sobre muitos outros aspectos.

Na verdade, a “crise da saúde” existe em todos os países, sendo pior, efetivamente, para aqueles que não têm acesso sequer a vacinas. Mas atinge também, no outro extremo, o país que mais gasta em saúde no mundo, os EUA, onde os avanços previstos no Obama Care⁶, voltados para a inclusão de 40 milhões de pessoas antes desassistidas, estão hoje seriamente

⁶ Lei Affordable Care Act (ACA), instituída pelo então presidente Barack Obama, que busca viabilizar o seguro saúde para a população dos Estados Unidos.

ameaçados. A crise atinge inclusive países europeus que haviam estabelecido no pós-guerra, no contexto do Estado de bem-estar social, sistemas de proteção à saúde.

Nesse sentido, causa preocupação a publicação do *Informe Mundial da Saúde* de 2010, no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou a ideia da Cobertura Universal de Saúde. Um dos argumentos mais importantes do documento é que as despesas crescentes com saúde, mediante desembolso direto pós-evento, comparadas a qualquer outra composição de recursos (via previdência ou seguro público, privado ou misto), estão entre as principais causas de bancarrota de famílias no mundo. Essa abordagem subentende a tendência de a inflação do setor saúde superar, de forma progressiva e claramente associada à incorporação tecnológica, a inflação geral na economia, causando subsequente defasagem, também progressiva, entre proventos e gastos individuais ou orçamentos e despesas dos sistemas de saúde, com financiamento público ou privado.

Reflexões criteriosas sobre a complexidade da situação e os caminhos adotados até o presente na construção do SUS podem ajudar na identificação e na análise de alternativas de ação ante a atual encruzilhada, descartadas aquelas indesejáveis, seja a permanência na situação vigente sob risco de inviabilizar o sistema ou o retrocesso ao modelo de “cada um por si”. Convém alertar, ao considerar as alternativas possíveis, que o texto constitucional se abstrai totalmente das condições necessárias para a criação do SUS, tal qual nele próprio prescrito.

As políticas já implantadas e as iniciativas em curso se entrelaçam na gênese desses impasses, no que diz respeito à sobrevivência do SUS. Portanto, é fundamental o fortalecimento da mobilização política e técnica para superar esse momento tormentoso do processo de construção do SUS. Para um militante da Reforma Sanitária, é inadmissível a hipótese do beco sem saída para a concretização da proposta do sistema de saúde apontado na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988a). É igualmente inaceitável dormir no ponto ante alegações sobre o definhamento “lento, gradual e seguro” do capital político e técnico do SUS. Em ambos os casos, são ideias propaladas por falsos paladinos que, para dissimular suas simpatias ante essas tendências, alegam traiçoeiramente reconhecer o valor do SUS para aqueles que somente a ele podem recorrer.

A expectativa de superação das dificuldades e, por conseguinte, do avanço na construção do SUS se nutre do reconhecimento de que tais processos se definem no bojo de contradições e disputas de interesses que permeiam a sociedade.

CAPÍTULO I

CORAÇÃO DE ESTUDANTE: JUVENTUDE E FÉ

Coração de Estudante
Alegria e muito sonho
Espalhados no caminho
Verdes, planta e sentimento
Folhas, coração
Juventude e fé
 Milton Nascimento, Wagner Tiso, 1983

Matriculei-me no curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no início de 1972, o que representava um feito importante, comemorado pela família e pelos amigos. Prenunciava, para a classe média de onde eu vinha, a expectativa de ascensão social, à semelhança de parentes maternos que, abraçando a medicina liberal, gozavam de prestígio e de uma vida confortável dentro dos padrões pequeno-burgueses.

Em função da reforma universitária de 1968 (BRASIL, 1968), que alterou a estrutura das universidades públicas brasileiras, os primeiros dois anos eram cursados no Instituto de Ciências Biológicas (ICB), onde todos os alunos dos cursos da área da saúde tinham conteúdos curriculares comuns. O mesmo acontecia com os alunos das áreas de ciências exatas e das ciências humanas. Os chamados Institutos Centrais foram implantados na gestão do reitor Aluísio Pimenta, aposentado compulsoriamente em 13 de outubro de 1969 pela Junta Militar no exercício da presidência da República. Ele só foi reintegrado aos quadros da universidade em 1981 (RESENDE e DELGADO, 1998), em decorrência da Lei da Anistia (BRASIL, 1979).

Frequentava as aulas com entusiasmo de calouro, levando uma pasta branca com o símbolo da Medicina; aos poucos fui me interessando pelas discussões que aconteciam no Diretório Acadêmico (DA-ICB), onde se criticavam, a um só tempo, o hermetismo do processo pedagógico da universidade, centrado em aulas teóricas – desenvolvidas à base de cuspe, giz e, no máximo, retroprojetores –, e o regime político opressor, a ditadura. Amedrontava-me, como uma espada de Dâmocles⁷, o terrível Decreto 477 (BRASIL, 1969), que permitia a expulsão sumária de estudantes que se envolvessem em atividades tachadas de “subversão da ordem”.

Havia muita divergência, discussões que pareciam intermináveis delongas semânticas. Paulatinamente, passei a observar que as diferenças tinham origem em estratégias distintas para o enfrentamento político e a organização do Movimento Estudantil (ME). O adversário mais

⁷ A expressão “espada de Dâmocles” originou-se de uma antiga parábola moral, popularizada pelo filósofo romano Cícero no livro *Tusculan disputationes*, escrito no ano 45 a.C. A versão de Cícero fala sobre Dionísio II, um rei tirânico que governava a cidade siciliana de Siracusa durante os séculos IV e V a.C.

próximo era o grupo que propunha que a entidade estudantil deveria ocupar-se da promoção de atividades esportivas, recreativas e de lazer – esses eram, para o nosso grupo, os “reacionários”.

Com o tempo, percebi que havia vínculo entre as correntes que se digladiavam e grupos ou partidos políticos clandestinos, que viam, na ocupação de posições no movimento, um instrumento para a propagação da sua estratégia de luta política. Um aspecto que me incomodava era a baixa participação dos estudantes na entidade. Embates e diferenças à parte, o amálgama que a todos reunia era o reconhecimento de que precisávamos transpor o regime autoritário.

Depois de completar os dois anos do curso básico, iniciei nas disciplinas específicas da Medicina. A participação no movimento estudantil foi mais intensa no Diretório Acadêmico Alfredo Balena (DAAB), alimentando o fôlego das minhas inquietações. Além das reuniões que varavam as noites, algumas atividades me empolgavam, como o Teatro Jornal e o Show Medicina, em que os estudantes, baseados em técnicas do teatrólogo Augusto Boal⁸, montavam peças que criticavam e ironizavam o regime militar. O Show Medicina, dirigido pelo professor de anatomia e teatrólogo J. D’Ângelo, tinha grande prestígio na capital e no estado. Junto a Jonas Bloch, então estudante da Belas Artes, D’Ângelo criou a peça *Oh! Oh! Oh! Minas Gerais*, que marcou época no teatro mineiro e nacional (LEBERT, 2009).

Herdeiro do senso crítico de Molière, autor de *O doente imaginário* (2010)⁹, o Show Medicina não poupava o exercício da medicina privada e a organização anárquica dos serviços. As apresentações arregimentavam um público cativo na cidade, sobretudo no meio artístico, o que atiçava o aparelho repressivo da ditadura, que chegou a interromper com violência algumas dessas atividades.

A essa altura, eu já sabia identificar as conexões do ME com partidos e facções políticas. Os diretórios das faculdades e o Diretório Central dos Estudantes (DCE) estavam divididos entre grupos trotskistas¹⁰, Partido Comunista Brasileiro (PCB) – o Partidão –, Partido Comunista do Brasil (PCdoB), grupos ligados à Igreja Católica (JUC, JOC¹¹) e outros. A minha simpatia e proximidade era maior com os colegas do Partidão, o que acostumou os meus tímpanos com as pechas de revisionista e/ou reformista, em antagonismo a revolucionário. Pela primeira vez, passei a participar da composição das chapas e disputar eleições.

⁸ Disponível no website do autor: <<http://augustoboal.com.br/vida-e-obra/>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

⁹ *O doente imaginário* foi encenado pela primeira vez em 1673, tendo por base o conflito entre a autenticidade e a hipocrisia. Fonte: <<http://www.editora34.com.br/detalhe.asp?id=566>>. Acesso em: 2 jun. 2021.

¹⁰ Referência a pessoas que compartilhavam das ideias políticas comunistas desenvolvidas por Leon Trotsky, revolucionário russo. Disponível em: <<https://cdsa.academica.org/000-010/169.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

¹¹ Denominação dada a participantes do movimento católico, Juventude Universitária Católica (JUC).

Figura 11. Reunião em posto de saúde no Norte de Minas Gerais, 1977



Fonte: Acervo pessoal

A fricção política existente era criativa, e nos conduzia às leituras das obras de Karl Marx, Friedrich Engels, Celso Furtado, Darcy Ribeiro, dentre outros, com vistas a apreender a percepção da análise que eles faziam da sociedade capitalista e de seus afetos socioeconômicos. As leituras realizadas sobre o mundo e sobre o Brasil fomentavam a noção de relevância da luta de classes para mudanças necessárias como garantia para a igualdade de direitos.

No DA, participei da criação do Centro de Estudos de Saúde (CES/1973) e da revista *Nêmesis*, na qual, influenciado pelas leituras de Ivan Illich¹² e Franco Basaglia¹³, publiquei um artigo apologético intitulado “A loucura da psiquiatria” (SARAIVA, 1975). À época, cheguei a pensar em ser psiquiatra, mas essas ideias só me foram de alguma valia mais tarde, então secretário da Saúde de Minas Gerais (1991-1994), quando agilizei o processo de desmonte dos hospitais psiquiátricos do estado, sobretudo do icônico manicômio de Barbacena.

Envolvei-me, ainda, com a representação do corpo discente no processo de desenvolvimento curricular em educação médica na UFMG. Para subsidiar as discussões, foi criado um Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), que, com levantamentos, estudos e pesquisas, embasava a necessidade de superação do ensino tradicional, encastelado em cátedras e departamentos, verdadeiros feudos que não dialogavam uns com os outros. Esse modelo de ensino, fragmentado e endógeno, alheio à interdisciplinaridade, reforçava a tendência à especialização precoce dos alunos, alienação quanto à realidade do mercado de trabalho e dos

¹² Ivan Illich (1926-2002) foi um pensador e polímata austríaco. Escreveu uma série de críticas às instituições da cultura moderna, abordou educação, medicina, trabalho, energia, ecologia e gênero. Pensador da ecologia política, com crítica da sociedade industrial.

¹³ Franco Basaglia (1924-1980), médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana.

serviços nos quais deveriam atuar. Outro agravante do modelo era distanciar os alunos do processo social de surgimento e agravamento do quadro nosológico das pessoas e das comunidades.

A alternativa ao modelo tradicional era patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que criou um grupo em que despontavam os médicos e professores Juan César Garcia e Carlos Vidal Layseca, que discutiam sobre a temática da Medicina Social (CASTRO; GERMANO, 2016). Esse apoio contava com recursos financeiros de fundações ligadas a grandes empresas norte-americanas, como a Fundação Kellogg¹⁴ e a Fundação Ford¹⁵, e isso era um senão para o nosso sentimento antiamericanista. A proposta era privilegiar, na formação médica, um ensino extramuros, que valorizasse as atividades de extensão e em que faria parte do aprendizado o contato com os serviços existentes. A crítica desses serviços provocaria uma percepção mais ampla do processo de adoecimento das pessoas e das comunidades.

Essa inflexão do modelo de ensino médico prevalente na América Latina, que se ancorava no Relatório Flexner (1910), ganhou o pomposo nome de Centros Demonstrativos de Serviços de Saúde com Participação Comunitária (CEDESSPAC). O ponto de apoio da reforma, além da representação estudantil, estava no Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da faculdade. Aliás, nesse espaço, na grande maioria das instituições de ensino superior do Brasil e da América Latina, germinou o descontentamento com os rumos da educação médica e com os serviços de saúde prestados à população. Como apontaria depois Sérgio Arouca¹⁶ em sua seminal tese “O dilema preventivista” (AROUCA, 1975), o movimento foi criado para contestar a medicina tradicional, que vinha gerando contradições em seu interior. No Brasil, especialmente nas décadas de 60 e 70, o descontentamento passou a ter relevância nesse movimento crítico.

É interessante acompanhar essa evolução através da mudança de denominação dos espaços acadêmicos. Com a introdução do conceito de medicina/saúde comunitária, os antigos departamentos de Higiene e Saúde Pública foram, num outro polo, rebatizados de

¹⁴ Organização privada do ramo de cereais fundada em 1930 pelo empresário Will Keith Kellogg. Considerada uma das maiores entidades filantrópicas do mundo, guia-se pela crença de igualdade de oportunidade para as crianças.

¹⁵ Fundada em 1934, sediada em NY, EUA. Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Segundo seus instituidores, foi criada para financiar programas de promoção da democracia e redução da pobreza.

¹⁶ Importante sanitarista brasileiro, despontou como militante de saúde coletiva e de inovações democráticas, e atuou no Movimento pela Reforma Sanitária.

departamentos de Medicina Social. Para fazer uma transição entre o passado e o futuro, o meio-termo ficou na expressão Saúde Coletiva. A simplificação do nome pareceu dar conta da amplitude pretendida, como na Universidade de Brasília (UnB), com o Departamento de Saúde Coletiva.

Na UFMG, a reverência à tradição e a incorporação dos novos ares resultaram num dos primeiros departamentos congêneres, o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que foi por décadas o maior do Brasil, com mais de 70 docentes. Nesse espaço vanguardista digladiavam-se dois grupos: um liderado pelo professor e decano José Pinto Machado, um dos fundadores do departamento, originário da corrente sanitaria da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e com uma sólida formação nos EUA, e outro pelo professor Benedictus Philadelpho de Siqueira. Eles se revezavam tanto na chefia do departamento quanto na ocupação de cargos técnicos na Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

De qualquer maneira, essa era uma ponte entre a academia e os serviços, o que levava, naturalmente, à defesa da integração do curso médico com os serviços de saúde pública. Tal característica, o enraizamento com os serviços de saúde, fez com que o DMPS/FM/UFMG não tenha tido a vanguarda nem da pesquisa nem da pós-graduação, mas o departamento certamente se notabilizou por ser fortemente ligado à gestão de saúde no estado de Minas Gerais. Professores de outros departamentos, sobretudo os de Clínica Médica e Pediatria, reforçavam, desde o início da década de 70, a necessidade da readequação curricular, como os professores João Amílcar Salgado, Antônio Cândido de Melo Carvalho e Edison José Correia.

As propostas conservadoras e mudancistas enfrentaram-se no *I Seminário de Ensino Médico*, em 1974. Fiquei encantado ao ver Juan César Garcia, Carlos Vidal e Luiz Carlos Lobo¹⁷ mobilizados a partir do antropólogo e professor Domingos da Silva Gandra Júnior, dentre tantos outros, do nosso lado, denunciando a falência do modelo hermético de ensino que vínhamos recebendo. Os estudantes deveriam aprender “onde o povo está”, junto às comunidades, parafraseando Milton Nascimento na canção *Nos bailes da vida* (NASCIMENTO; BRANT, 1981). O compromisso para a realização de um internato à distância, ao lado de outras reformas integradoras no ciclo profissional, nasceu nesse encontro. Ele deveria ser implementado gradualmente e efetivado em 1978, mas nós, os estudantes, tínhamos pressa e precisávamos abreviar esse prazo, que considerávamos longo demais.

¹⁷ Médico e educador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fundador do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), que se originou para a criação da investigação em saúde em face de práticas e ferramentas pedagógicas na área médica. Disponível em: <<https://www.ccs.ufrj.br/conteudos/20191205nutesIniciaComemoracoes50AnosRealizaCerimoniaPosseNovaDiretoria>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

Associamos as ideias da medicina comunitária à do ensino a distância. Animava-nos não apenas o caráter aventureiro, pioneiro, mas também a distância, literalmente. Longe, teríamos mais autonomia para interferir na organização e execução dos serviços e na vida da comunidade, sem a tutela da faculdade. Mapeamos alguns projetos em andamento, como o da avançada Universidade de Brasília, concebida por Darcy Ribeiro¹⁸, o da Universidade Metropolitana de Xochimilco, no México, e o da Universidade de São Carlos da Guatemala, e detectamos, no Vale do Jequitinhonha, uma região pobre e politicamente atrasada, uma experiência que avaliamos inovadora, desenvolvida pelo Centro Regional de Saúde (CRS) de Diamantina e então dirigida pelo doutor Francisco de Assis Machado (Chicão), que fez uma apresentação no DAAB. Foi quando conheci esse personagem que se tornou muito próximo dos meus passos dali em diante.

Antecipando-se à proposta aprovada pela faculdade, um grupo de estudantes voluntários do último ano do curso se deslocou para os remotos municípios do Vale do Jequitinhonha, onde se valia da supervisão rotineira do CRS e dos profissionais locais (quando existiam). Os estudantes vivenciavam as agruras do atendimento prestado a populações rurais periféricas, em que o abandono e a pobreza se manifestavam em endemias, como a doença de Chagas, e epidemias, como o surto de meningite do início dos anos 70 (BARATA, 1988).

A relevância dessas mudanças paradigmáticas, conquistadas nas árduas batalhas do seminário da reforma curricular, não repercutiu entre a maioria dos colegas e dos docentes. Imbuídos da expectativa da prática liberal e lucrativa da medicina e alheios às mudanças do mercado de trabalho, chamavam o Departamento de Medicina Preventiva e Social, por ocupar o décimo andar do prédio, de “péssimo andar”. O pior é que essa designação pejorativa foi usada até a recente standardização e renumeração dos andares da Faculdade de Medicina, passados mais de 40 anos. Naquela época, o bordão que nos impulsionava era o que cantávamos nas manifestações, repetindo Geraldo Vandré¹⁹: “Quem sabe faz a hora, não espera acontecer”.²⁰

¹⁸ Darcy Ribeiro (1922-1997), antropólogo, educador, romancista, político, Defensor da escola pública, da causa dos povos indígenas, da democracia. Fonte: <<https://www.academia.org.br/academicos/darcy-ribeiro/biografia>>. Acesso em: 31 mai. 2021.

¹⁹ Geraldo Vandré: advogado de formação, cantor, compositor e poeta que marcou a década de 60/70 com sua produção musical.

²⁰ Trecho de *Pra não dizer que não falei das flores*, canção de Geraldo Vandré que ficou em segundo lugar no Festival Internacional da Canção de 1968. Hino de rebeldia entoado nas manifestações contra o golpe militar de 1964.

Figura 12. Dia da formatura em Medicina/UFMG, em 08/12/1976



Fonte: Acervo pessoal

No primeiro ano do curso profissional, não pude ir ao Jequitinhonha, mas foi como se lá estivesse. Fiquei na retaguarda, acompanhando com interesse as peripécias e os relatos dos que voltavam do *front*. Outro momento especial que vivi como estudante foi a minha participação na organização da *1ª Semana de Saúde Comunitária (I SESAC)*, realizada em Belo Horizonte no ano de 1974. O encontro reuniu professores, profissionais de saúde e estudantes de vários estados brasileiros, envolvidos ou interessados em experiências locais, municipais e regionais. Foi um ponto de convergência nacional em torno do mantra da medicina/saúde comunitária.

A Universidade de Brasília (UnB), através da sua Faculdade de Ciências da Saúde, desenvolvia um trabalho na cidade-satélite de Sobradinho, onde procurava envolver a população na organização e no funcionamento do serviço de saúde. Sob a coordenação do professor Frederico Simões Barbosa, foi produzido o texto “Medicina comunitária – a saúde nas mãos de um povo”, que contribuiu muito para a organização da 1ª SESAC. Textos e relatos nos chegavam da Universidade de Campinas (UNICAMP), onde o professor Sérgio Arouca coordenava um trabalho semelhante em Paulínia (SP), uma cidade industrial vizinha de Campinas. Em Londrina (PR), o professor Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) buscava a organização democrática dos serviços de saúde. Assim, descobrimos uma rede extensa desses ideais em comum disseminada pelo país.

A 1ª SESAC foi um ponto de convergência dessas iniciativas e abrigou uma discussão criativa, que qualificava as propostas sob o mantra da medicina comunitária, fazendo a

necessária conexão entre o modelo hegemônico de prestação dos serviços de saúde e o regime político autoritário. A luta por um sistema de saúde democrático passava necessariamente pela luta política, pela redemocratização do país.

Foi, ainda, um ponto de inflexão entre essa perspectiva e a visão funcionalista, que meramente legitimava os modelos de extensão simplificada de serviços básicos de atenção primária, a baixo custo, direcionada a populações periféricas das cidades ou regiões desprovidas de qualquer atenção do poder público. No modelo funcionalista a proposta de participação comunitária cumpria um papel limitado, o de legitimar programas de controle de endemias e epidemias e/ou aparatos de reprodução da força de trabalho em regiões onde o modo de produção capitalista ia se estabelecendo, substituindo formas de dominação mais arcaicas – enfim, uma “medicina pobre para pobres”, oferecida como dádiva governamental.

Permeavam as discussões as distintas estratégias para a superação do regime militar. De um lado estavam, eu entre eles, os que acreditavam que a luta política podia se aproveitar das brechas ou fissuras do aparelho de Estado, que não era monolítico e abrigaria contradições no seu interior. De outro estavam os que viam nessa posição oportunismo, ingenuidade ou má-fé, propondo um enfrentamento político aberto, inclusive com a mobilização armada em áreas mais remotas e atrasadas, que poderia empolgar e angariar apoio entre o proletariado urbano.

Como era próprio daquele tempo, as pechas taxonômicas classificavam pessoas e grupos como “revisionistas” ou “reformistas”, “revolucionários”, meros “progressistas”, sem eira nem beira política, e os casos perdidos, mercedores de expurgos, os “reacionários”. Essas discussões entre grupos políticos mais organizados e orgânicos se valiam de uma retórica cuidadosa, embutida nos meandros e fímbrias da temática da saúde e da medicina comunitária, de maneira que pudessem se proteger dos infiltrados alcaguetes ligados aos órgãos de vigilância e repressão do regime ditatorial. Havia, ainda, o cuidado de não assustar ou melindrar a maioria dos participantes, alheia a esses embates.

O aprofundamento dessa ordem de questões políticas, desde que a confiança permitisse, dava-se nos botecos da cidade, de preferência nos espaços abertos, sob o efeito libatório e libertário da cachaça e da cerveja; afinal, Minas é o estado das confidências, inconfidências e articulações. Belo Horizonte já era reconhecida por sua grande quantidade de bares.

A articulação bem-sucedida para o evento e a relevância da temática fizeram com que obtivéssemos o apoio da reitoria da universidade, que patrocinou passagens aéreas e hospedagem para os convidados. A 1ª SESAC aconteceu num lugar improvável – as confortáveis dependências da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG), com suas salas

para as reuniões de grupos e um amplo auditório para as conferências e assembleias. Isso foi motivo de crítica velada: por que uma instituição tão conservadora abrigaria um encontro daquela natureza? Que concessão teria sido feita? Paranoias daqueles idos? Esse medo, atualmente, volta a nos rondar.

Participaram como palestrantes da 1ª SESAC Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Ana Tambellini, Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva, dentre outros. Eu os conhecia através de livros, teses e artigos. Entre os estudantes, o grupo de Brasília era coordenado por Gastão Wagner e Arlindo Chinaglia. De Campinas, lembro-me de Daphne Rattner, Clarissa Waldige Mendes Nogueira, Igor Carlos Del Guercio, Pedro Wagner de Souza Campos, Tânia Quintella e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.

Durante a SESAC, creio que estimulados pelo êxito do evento, professores, profissionais e intelectuais participantes discutiam a necessidade de criação de entidades que os representassem. Essa inquietação, somada à experiência de funcionamento do Centro de Estudos de Saúde (CES) do DAAB, cujas origens remontam a 1973, forneceu o modelo do estatuto para a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976.

Na criação do CEBES e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 1979), teve grande destaque o médico doutor Francisco Eduardo Campos, um dos organizadores da 1ª SESAC, que relata ter, na noite anterior à fundação do CEBES, levado o nosso estatuto do Centro de Estudos em Saúde, entregando-o a David Capistrano da Costa Filho.²¹ A esse evento seguiram-se sete edições em outras cidades brasileiras, consolidando-se um espaço de organização do Movimento Sanitário de luta pela redemocratização do país e pela conquista de um sistema de saúde mais justo e equânime. As semanas chegaram a rivalizar com os tradicionais *Encontro Nacional de Estudantes de Medicina* (ENEM) e *Encontro Científico dos Estudantes de Medicina* (ECEM), os quais eram incentivados pelo Ministério da Educação (MEC) do regime militar, contribuindo para sua politização e adesão às propostas do nascente Movimento Sanitário Brasileiro.

Mochila às costas, eu me sentia um paladino dessas transformações, participando de uma rede de acúmulo de massa crítica nas academias e nos serviços de saúde. Eu me identificava totalmente com o personagem da canção *João e Maria*, cantada por Chico Buarque de Hollanda, Nara Leão e Sivuca: “Agora eu era o herói” (HOLLANDA; SIVUCA, 1977). A diferença era que meu cavalo não falava inglês.

²¹ Médico sanitarista reconhecido pelo ativismo da saúde pública. Fonte: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/sanitarista-david-capistrano-filho-e-homenageado-no-forum-fiocruz-de-memoria>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

A SAÚDE SEM SUS: DURO APRENDIZADO

AH, ESSES MOÇOS...

*Por meus olhos, por meus sonhos,
Por meu sangue, tudo enfim,
É que eu peço,
A esses moços,
Que acreditem em mim.*
Lupicínio Rodrigues, 2000

Ainda estudante, trabalhei como estagiário plantonista na Fundação de Assistência Médica (FAMUC) de Contagem, no bairro Eldorado, e no Hospital do FUNRURAL, no município de Esmeraldas. Representávamos um reforço na equipe de atendimento e recebíamos uma bolsa das prefeituras. Além do interesse no aprendizado prático, escasso durante a nossa formação, o dinheiro trazia algum alívio financeiro.

Na FAMUC, fui indicado pelo sempre companheiro Francisco Campos, que já havia concluído o curso. Ali, os plantões eram concorridos. Nos finais de semana, o atendimento corria por conta dos estagiários de Medicina e de Enfermagem e pessoal auxiliar. Fazíamos, premidos pela falta de alternativa, partos, retirada de projéteis de armas de fogo, drenagem de abscessos, suturas e demais procedimentos similares. As consultas iam até o limite do conhecimento que julgávamos ter.

Aos finais de semana, alguns médicos já trabalhavam remotamente, em *home office*, embora não existisse telefonia celular. Eles nos passavam os números de seus telefones residenciais com a proposta de serem acionados diante de casos mais graves ou emergências; no entanto, raramente nos atendiam. É difícil avaliar se a telefonia daquele tempo era pior do que a móvel hoje existente. Somava-se a esse problema a dificuldade de encaminhar doentes para a sequência dos tratamentos.

Na triagem prévia, os pacientes que possuíam carteira assinada tinham alguma chance. Porém, a maioria era entregue à própria sorte se a situação não pudesse ser sanada na FAMUC. Os casos mais graves e agudos eram direcionados ao Pronto-Socorro de Belo Horizonte, ao Hospital João XXIII ou à Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte; os pacientes eram despachados em barulhentas ambulâncias, nem sempre disponíveis, sem recursos adequados para suporte à vida durante o trajeto de casos mais graves. A discriminação, a desarticulação dos serviços municipais e estaduais e a precariedade do atendimento provocavam indignação e

reforçavam a minha consciência de que precisávamos de um sistema de saúde democrático e inclusivo.

O modesto hospital do FUNRURAL da cidade de Esmeraldas, distante 50 km de Belo Horizonte, funcionava mais como um entreposto de doentes terminais ou à espera de vagas em cidades vizinhas, como Contagem, Betim e Belo Horizonte. O que mais me incomodava ali era a discriminação resultante da interferência política. O atendimento era vedado aos adversários da administração municipal, sendo importante instrumento político nas barganhas entre prefeitos, vereadores e outras lideranças. Resolvemos – eu, alguns estagiários, médicos e funcionários menos intimidados – furar esse cerco, separando leitos para o atendimento sem discriminação.

O resumo da ópera – quase uma opereta – é que acabei demitido dos dois estágios. Da FAMUC, por conseguir o apoio de uma vereadora a uma greve por melhores condições de trabalho e remuneração. De Esmeraldas, porque um dos médicos denunciou o atendimento clandestino à revelia do prefeito. Não se podia fazer muito se a saúde não se tornasse um direito cidadão.

Durante a I SESAC, fui contatado por um grupo da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG (FAFICH), liderado por Cornelis van Stralen, da área de Psicologia Social, que procurava um estudante de Medicina para participar de uma pesquisa multidisciplinar sobre o uso e a eficácia de um novo medicamento para o tratamento da esquistossomose, o oxamniquine. Associei-me à equipe, que, além do Cornelis, contava com a Terezinha van Stralen, o José Francisco da Silva (Chico), o Telesmar, a Lívia Fraga – que eu já conhecia integrando o NAP, na reforma curricular – e o Júlio Mourão.

O grupo da área de ciências humanas deveria dar suporte à pesquisa desenvolvida pelo Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERU) e pelo Instituto Nacional René Rachou/FIOCRUZ-MG, chefiada pelo doutor Naftale Katz²², sobre a inserção do uso de um novo medicamento. Tratava-se de uma pesquisa sobre as representações sociais de saúde e doença, visando às condições nas quais a população pudesse participar ativamente em programas de controle de esquistossomose. Na época, além de uma investigação acadêmica, queríamos desenvolver um trabalho comunitário.

A intervenção psicossocial tinha a coordenação oficial do professor Célio Garcia, um dos precursores da psicologia social no Brasil e pioneiro na aplicação da psicanálise às questões

²² Médico e pesquisador emérito do Instituto Nacional René Rachou/FIOCRUZ-MG, com importantes contribuições para o diagnóstico parasitológico no enfrentamento da esquistossomose.

sociais. Garcia se destacou também na articulação entre os campos da psicologia e da saúde, tendo formado toda uma geração de profissionais voltados para a educação sanitária.

O lugar escolhido para a intervenção ficava no povoado Boa Vista, área rural de Capim Branco, município próximo a Belo Horizonte. A escolha se deu em função da atividade econômica preponderante, o plantio do alho, que precisava de terras úmidas, brejos, não raro alagadas, infestadas de caramujo, o que facilitava a transmissão da “xistose”. Era fundamental desvendar a representação social que os trabalhadores e trabalhadoras faziam da doença, uma vez que esta era crônica (endêmica) na região, e se eles tinham alguma informação sobre o seu modo de transmissão. Para além da óbvia necessidade de trabalhar, perscrutávamos outros aspectos sobre a percepção e o convívio com o parasita, que, através da ascite, da cirrose e das hemorragias intestinais, levou muitos trabalhadores à morte.

Em Boa Vista, passamos, com a anuência das pessoas, a conversar e gravar entrevistas, que eram degravadas posteriormente. Falávamos sobre o modo de vida, as mudanças, as parcerias das relações de trabalho, a percepção sobre o adoecimento e suas consequências, a relação com os serviços de saúde, o uso da medicina popular (chás, benzimentos, rezas). Cornelis van Stralen lembra que eu ajudava a ganhar a confiança da população na medida em que me comportava com a seriedade de um médico já formado quando pessoas da comunidade relatavam problemas de saúde, o que acontecia com frequência.

A partir da ampliação da compreensão sobre o relacionamento da comunidade com os processos de trabalho e adoecimento, poderíamos participar da discussão sobre a estratégia do projeto de introdução do fármaco e sugerir medidas sociopreventivas. Partíamos da posição de que aquilo que não sabíamos teríamos de aprender com a população-alvo do projeto, envolvendo-nos com ela. Tentativas de intervenções verticais – de cima para baixo, sem levar em conta o pertencimento, o exercício da empatia e a incorporação dos saberes e interesses da população – haviam fracassado.

Buscávamos, no nosso trabalho, o envolvimento da população, a participação comunitária. Travamos conhecimento com muitas pessoas interessantes, mas impressionou-nos de maneira especial uma liderança da comunidade, dona Maria do seu (senhor) Liordino, de quem comprávamos verduras que cultivava para ajudar na composição da renda familiar. Ela se mostrou interessada no nosso trabalho, em conversar conosco, em contribuir com sua vivência em Boa Vista. As visitas dominicais para um papo e café eram obrigatórias em sua casa.

Dona Maria do seu Liordino, como todos a chamavam, lembrava-me sempre uma relação, um significado atinente ao elo familiar patriarcal – pai, avô, marido – como o “Severino

da Maria do finado Zacarias”.²³ Encerramos esse trabalho comunitário, em que fizemos muitas visitas, com uma assembleia na igreja local que contou com mais de 80 pessoas, um número bem significativo para o tamanho da localidade.

Figura 13. Saraiva Felipe em companhia de dona Maria do seu Liordino



Fonte: Acervo pessoal

Pelas voltas que a vida dá, pude, mesmo depois de decênios, acompanhar a vida da dona Maria e de seus filhos. Toda vez que eu ia a Capim Branco pedir votos como candidato a deputado, visitava-a, sendo recepcionado como uma pessoa próxima. Quinze dias antes de sua morte, estive com ela na casa de uma filha, e pude notar que os sinais de debilidade prenunciavam a proximidade do fim. Ela mantinha o posto de líder comunitária, reverenciada pela população. Ficou a fotografia num álbum de recordação, e, citando Drummond: “É apenas um retrato, mas como dói”.²⁴

Não chegamos a concluir o relatório da pesquisa, Fomos, como veremos adiante, arrebatados pelo furacão Montes Claros em 1975.

O SONHO (IM)POSSÍVEL

Sonhar

23 MELO NETO, João Cabral de. **Morte e vida severina e outros poemas em voz alta**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974. p. 73-79.

24 ANDRADE, Carlos Drummond de. **A rosa do povo**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000. p. 130-132.

*Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender.
Maria Bethânia, 1975*

Grande parte da minha experiência de trabalho, seja como diretor do órgão encarregado da execução do projeto – o Centro Regional de Saúde de Montes Claros –, seja como docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, na disciplina Internato Rural, está ligada ao Projeto Integrado de Saúde do Norte de Minas, do qual participei de 1977 a 1982.

Ressalto que os projetos (modelos e propostas praticamente iguais) de Montes Claros e da região de Caruaru (PE) foram os primeiros a ser implantados no Brasil, numa escala macrorregional, preconizando a extensão de cobertura dos serviços de saúde através de um modelo assentado na simplificação, no reforço intrasetorial da divisão do trabalho e no envolvimento dos usuários com os serviços. Essas propostas, supostamente válidas universalmente, davam vazão ao movimento ideológico do planejamento em saúde e da medicina preventiva, que tinha na medicina comunitária uma variante mais moderna. Os dois projetos trilharam caminhos muito diferentes na sua implementação.

Assim é que o projeto e a sua implantação pelo Centro Regional de Saúde de Montes Claros, num contexto de crise do modelo tradicional de atendimento à saúde – pela exclusão, pela pequena abrangência e por custos elevados e crescentes –, representado pelo sistema previdenciário, ganhou repercussão de âmbito nacional.

A repercussão veio primeiramente pelo pioneirismo, enquanto um “modelo alternativo” na montagem de uma rede de atenção primária em escala, com centenas de agências, numa região de quase 140 mil km², onde vivia dispersamente mais de um milhão de pessoas. Veio, depois, pelo interesse na verificação da factibilidade das propostas já bastante difundidas de regionalização e hierarquização dos serviços, incorporação do trabalho paramédico e integração interinstitucional. Por último, o projeto se destacou porque foi conduzido por um grupo que tinha um projeto político articulado com o de outros sanitaristas comprometidos com a luta mais geral desenvolvida no Brasil, pelo avanço da democracia, e com as necessárias mudanças no setor de saúde.

Paralelamente à experiência do Norte de Minas, institucionaliza-se em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que retoma, em grande

parte, a experiência mineira para reproduzi-la no Nordeste brasileiro. Pouco mais tarde, em 1979, a proposta do PREVSAÚDE²⁵ representou a tentativa de aperfeiçoamento da extensão desse modelo de atendimento a todo o país.

Acerca dessas inter-relações, diz Eric J. Rosas: “Apesar de não ter tido uma influência direta no surgimento do PIASS, o Programa de Montes Claros já trazia, antes mesmo de ser aprovado, quase todo o conjunto de ideias que iriam mais adiante se conjugar e formar o modelo PIASS” (ROSAS, 1981, p. 65). É bom lembrar que a partir de 1977 a coordenação do PIASS foi assumida pelo diretor do Projeto de Saúde do Norte de Minas, Francisco de Assis Machado, o Chicão.

CAMINHO É POR ONDE SE PASSA: MONTES CLAROS

*Tem nada não
Caminho é por onde se passa
E mês que vem
Eu vou de trem pra montes claros
Grupo Raízes, 1977*

Meu primeiro contato com o Projeto Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (PIPSSNM), também denominado Projeto Montes Claros, ocorreu durante uma reunião nas dependências do Clube Campestre do Serviço Social do Comércio (SESC), na região da Pampulha em Belo Horizonte. Embora o meu interesse fosse grande, só o Cornelis pôde participar do seminário de apresentação do projeto, que contava com dirigentes da Secretaria de Saúde de MG, a equipe do Chicão – que veio de Montes Claros –, o pessoal ligado ao PESES/FIOCRUZ, representantes do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como representantes de outras instituições.²⁶ Fiquei decepcionado; senti-me barrado no baile. Participaram dessa reunião, entre outros, o dr. João Yunes (MS), Murilo Vilella Bastos (MPAS), Eduardo Kertész (IPEA), Sérgio Arouca (PESES/ENSP-FIOCRUZ), Antônio Vespasiano Ramos (FUNRURAL) e Frederico Bressane (OPAS).

²⁵ O PREVSAÚDE visa a reordenar o modelo da prestação de serviços do setor, para adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para custeá-lo. Com a proposta elaborada por técnicos do MPAS e do MS, com base no PIASS e respaldo político na 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), surgiu em 1980 a primeira versão do PREVSAÚDE com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Apesar de muito discutida, a proposta não prosperou.

²⁶ Segundo relato pessoal do amigo Cornelis van Stralen por e-mail: USAID, OPAS, MPAS, FUNRURAL, LBA, MS, PAPPE, FSESP, SUCAM, IPEA, SPELAM-MG, APC/SEE-MG, FJP, IPSEMG, SES-PB, CODEVALE, FM/FUNNM, FAFICH-UFMG, ENSP/FIOCRUZ, CCS-UFRJ, Sindicato dos Médicos, Associação Hospitalar-MG, CRSMOC, CRS-Diamantina, Companhia Vale do Rio Doce. Correspondência eletrônica pessoal enviada dia 04/08/21 às 19h28.

Figura 14. Saraiva Felipe como diretor regional de Saúde de Montes Claros/MG, apresentando as realizações do Projeto Montes Claros, 1978



Fonte: Acervo pessoal

Em seu depoimento pessoal, Cornelis van Stralen (2021) lembra que essa primeira reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, realizada nos dias 08 e 09/04/1976, assegurou o apoio e a visibilidade nacional do projeto, colocando-o na perspectiva da Reforma Sanitária brasileira. Organizada por Mário Hamilton e o Chicão, pelo CRS de Montes Claros, e por Eugênio Vilaça Mendes, pelo Nível Central da SES/MG, o projeto tinha como objetivo a construção e difusão de um novo modelo de organização dos serviços de saúde. Havia quatro documentos básicos elaborados pelo Mário, com base no Projeto IPPEDASAR e em dados coletados pela equipe do CRS/Montes Claros: características básicas e estrutura funcional do modelo; infraestrutura do Sistema de Saúde: Unidades Auxiliares de Saúde; Programa de Extensão de Cobertura e mecanismos de coordenação interinstitucional.

O Sistema Integrado foi apresentado como alternativa operacional para a implantação de um Sistema Nacional de Saúde com atendimento universal sob a Lei nº 6.299 (BRASIL, 1975). Previa uma coordenação interinstitucional através de conselhos (Conselho Regional de

Saúde, Conselhos das Áreas Programáticas e Conselhos Municipais). Propunha, ainda, a criação de fundos: um fundo regional de saúde e fundos municipais. Um grupo técnico deveria ser formado para dar apoio aos conselhos regionais. Essa reunião, pelo conteúdo das propostas, fez com que o Projeto Montes Claros nascesse como uma referência nacional na luta pela reforma do Sistema de Saúde. (STRALEN, 2021).²⁷

No encontro, o Sérgio Arouca, o Mário Hamilton, o Chicão e o Eugênio Vilaça acertaram a construção de um arco de apoio ao projeto, que deveria se constituir num espaço para a discussão e experimentação de propostas que vinham sendo difundidas pelo Movimento Sanitário. A ideia era forçar os limites do que vinha sendo feito em experiências locais, muitas delas sob a direção de instituições acadêmicas. Estava criado um lugar simbólico para os embates entre as propostas conservadoras e mudancistas, aliando a luta pelo avanço da saúde à da reconquista da democracia.

Depois, lembro-me de um encontro do qual participei no Hotel Financial (Centro de BH) com o Arouca – que eu conhecera em Campinas, em uma visita acompanhando o Francisco Campos, em 1974, que se entrosava para fazer ali a sua residência em Medicina Social – e na 1ª SESAC, onde ele foi um dos palestrantes. Com a verve e o entusiasmo habituais, ele nos convencia a focar o trabalho do grupo coordenado pelo Cornelis em Montes Claros, onde um projeto regional de saúde despontava como a experiência mais promissora na área da medicina social com participação comunitária. A Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) bancaria o nosso trabalho em Montes Claros.

Sérgio Arouca articulava uma sustentação nacional a esse projeto que representaria um espaço importante no caminho da reorganização dos serviços de saúde no Brasil. Naquele momento, não atinei o quanto esse rumo novo seria importante para a construção da minha vida profissional e política, fazendo uso licencioso da distinção weberiana²⁸ entre ciência e política.

Até aquele momento, Montes Claros era para mim um ponto saliente no mapa do Norte de Minas, no meio do caminho que liga Belo Horizonte à Bahia. Pouco tempo depois, ainda estudante, passei a viajar junto com a equipe do Cornelis para a capital do polígono mineiro das secas, sede da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) no Estado. A primeira vez, a viagem durou mais de 12 horas, em uma cabine do trem do sertão.

Ao chegarmos, caminhamos até o centro da cidade, onde nos hospedamos em um modesto hotel, chamado Hotel Guanabara. Encarei lépido uma escadaria, que hoje subiria fazendo pausas nos degraus, até atingirmos a recepção, onde o dono, seu Zé Português, nos

²⁷ Correspondência eletrônica pessoal, enviada dia 04/08/21 às 19h28.

²⁸ WEBER, Max. **Ciência e política: duas vocações**. 18 edição. São Paulo: Cultrix, 2011.

distribuía pelos aposentos. O banheiro coletivo ficava no corredor. Eu me sentia um desbravador de situações inusitadas, cheio de curiosidade, portador de uma missão inelutável.

Cursando o último ano da faculdade (1976), ia e vinha de Montes Claros de trem, o Trem do Sertão (GRUPO RAÍZES, 1977), rumo à nossa Estação Finlândia²⁹, numa viagem que demorava mais de 12 horas. Lá, a equipe do Cornelis participava das acaloradas discussões no Centro Regional de Saúde (CRS) sobre estratégias para a implantação do Projeto Montes Claros. Sem muita demora, Chicão nos despachou para conhecer a realidade das cidades, distritos e povoados onde seria realizado o trabalho. Como a região era muito extensa, fomos encaminhados para a chamada Área Programática nº 7 (AP7), integrada pelos municípios de Porteirinha (a sede, onde se localizava o Centro de Treinamento dos Auxiliares de Saúde), Janaúba, Riacho dos Machados, Mato Verde, Monte Azul e Espinosa. Deveríamos estudar maneiras de envolver as comunidades na implantação e no funcionamento dos serviços.

Na avaliação de Cornelis van Stralen³⁰, as experiências de medicina comunitária surgiram num momento em que se estava formando um novo campo político-ético, cujo sentido era dado pelos chamados “movimentos sociais” ou “movimentos populares”. Foi nesse contexto que as experiências de medicina comunitária, embora voltadas para a atenção à saúde, eram vistas como “brechas” ou oportunidades de conscientizar e organizar a população. Embora tenha sido uma iniciativa governamental, o Projeto Montes Claros acabou por se inserir também no campo ético-político dos movimentos sociais, pela ênfase dada à participação comunitária e pela lógica de atuação baseada em critérios consensuais e de solidariedade. Cornelis destaca a dupla face assumida pelo projeto:

Uma face de um projeto institucional de extensão de cobertura que recorria a negociações políticas com prefeitos para assegurar a rápida implantação do projeto, e a face de um projeto contra-institucional e autogestionário, onde o que importava era como dizia o então diretor regional de saúde, Francisco de Assis Machado, “desencadear um processo de participação” e onde se rejeitava todas as normatizações, pois era o “próprio processo” que iria definir diretrizes de trabalho e quem iria definir a natureza dos serviços de saúde era a “comunidade”. (STRALEN, 1995, p. 177)

De Montes Claros a Espinosa, para onde fomos despachados para pensar estratégias facilitadoras do envolvimento da população com a implantação do projeto, e que era a cidade

²⁹ Referência ao título do livro de Edmund Wilson que relata as origens da ideia socialista e das loucuras engendradas por esta, desde o momento em que Michelet descobre Vico em uma nota de rodapé e decide aprender italiano, até a chegada de Lenin à Estação Finlândia, em Petrogrado, para comandar a Revolução Russa.

³⁰ STRALEN, C. J. V. **The Struggle over a National Health Care System: The 'Movimento Sanitário' and Health Policy-Making in Brazil.** Utrecht: FSW/RUU, 1996.

limítrofe com o estado da Bahia, a rota tinha quase 300 km a serem vencidos em precárias estradas de terra, no lombo das Rurais Willys, o símbolo motorizado do projeto. As lombadas eram quebra-molas sucessivas, cavadas no tempo da chuva e cevadas por uma poeira que embaralhava a visão nas longas estiagens, que prevaleciam na maior parte do ano. Naquele tempo, “havia manhãs e sóis”, como dizia de sua juventude o poeta Drummond (ANDRADE, 2008). Inexistiam encurtamentos das cartilagens intervertebrais ou hérnias de disco. Sobravam esperança e fé no poder do nosso trabalho (reformista? revolucionário?). De qualquer forma, revolucionávamos a nós mesmos, e isso era um bom começo.

Nas reuniões no CRS, discutíamos uma revolução político-sanitária, literalmente nessa ordem, e éramos uma nave desgarrada da frota que navegava o espaço institucional da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Minas Gerais, durante a “ditadura escancarada”, como batizou esse período o jornalista Elio Gaspari (2002).

O acordo com o diretor regional de Saúde e coordenador do projeto, o Chicão, foi que logo após a minha formatura, em dezembro de 1976, eu seria contratado como um dos supervisores da equipe, da qual já fazia parte o Agenor Álvares da Silva e o Délcio da Fonseca Sobrinho. Antes de terminar o relato de meu tempo de faculdade, peço vênha acadêmica para relatar um episódio do qual fui um dos protagonistas. Ele encerra ensinamentos para o tempo de trevas que estamos vivendo.³¹

Durante uma das mobilizações e greves estudantis, resolvemos aprisionar em seu próprio gabinete o professor Clóvis Salgado da Gama, catedrático em Ginecologia e Obstetrícia, ex-governador de Minas Gerais e ex-ministro da Educação do presidente Juscelino Kubitschek. Na direção da Faculdade de Medicina da UFMG, o professor encerrava uma reconhecida trajetória política e acadêmica. Havia sido um dos mobilizadores civis do movimento de 1964, como vice-governador de Minas Gerais, secundando Magalhães Pinto. Foi escolhido numa lista sêxtupla, em que os candidatos mais cotados eram os professores Benedictus Philadelpho e Luiz de Paula Castro, com os quais tive forte entrosamento posteriormente, mas cujas mobilizações de apoio os levaram a uma disputa fratricida, excluindo-se mutuamente.

Fomos advertidos por alguns professores acerca das consequências desse ato radical em plena vigência do AI-5³² e do Decreto 477 (BRASIL, 1969), que permitia a exclusão

³¹ Momento político de intolerância e partidarismo com ameaças centrais a instituições de democracia (FUKS; RIBEIRO; BORBA, 2021).

³² Ato Institucional nº 5, decretado em 13 de dezembro de 1968. De maneira simplista, o decreto permitia o pleno poder do Estado e a suspensão dos direitos políticos dos cidadãos. Fonte: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm>. Acesso em: 25 mai. 2021.

sumária da universidade. Havia, além disso, o risco de prisão, tortura e outros atos intimidatórios ou punitivos.

No período estudantil, e pela vida afora, eu era tido entre os “reformistas”, os “moderados”. Colaram-me o apelido de Deng Xiaoping, o líder que se contrapunha às ideias de Mao Tsé-Tung³³ com sua revolução cultural na China, e que “inventou” o capitalismo de Estado. Foi com esses predicados que fui escalado para apresentar uma lista de reivindicações ao diretor feito prisioneiro. O professor Clóvis me conhecia desde as discussões sobre reforma curricular na faculdade. Recebeu-me tranquilamente. Tachou a situação de abusiva, intolerável, insana.

No curso da nossa conversa, atendeu a um telefonema. Deixou-me perceber que falava com o então governador de Minas, Aureliano Chaves. Argumentava em voz alta que queria resolver o assunto ele mesmo; se precisasse, ligaria de volta. Argumentei que os nossos pleitos eram justos, que a ditadura nos cerceava. Pediu que me fossem servidos água e café. Como havia passado o horário de almoço, disse-lhe que os estudantes poderiam trazer comida do bandejão³⁴ da universidade. Agradeceu-me e disse que já tinha pedido a sua esposa, a cantora lírica Lia Salgado, um prato de que gostava. Quando fui usar o banheiro, a porta de saída do gabinete estava entreaberta. Não vi os colegas escalados para guardá-la. Senti-me em um beco sem saída.

O doutor Clóvis puxou conversa sobre assuntos aleatórios, foi ao banheiro, deixou o tempo passar e aumentar o meu nervosismo. Depois me disse num tom paternal, que me souu irritante: “Doutor Saraiva (foi a primeira vez que fui chamado de doutor, solenemente), o senhor vá ao diretório (ficava ao lado da faculdade), converse com o pessoal e volte aqui. Se quiser, traga mais gente. Os senhores não estão pensando que vou passar a noite aqui. Isso não vai acontecer. E fique tranquilo, não vou desmoralizá-lo”. Olhei intrigado, e ele continuou: “Eu vou esperar os senhores aqui. Não vou sair”, disse-me apontando para a porta. E atingiu-me com um dos seus bordões: “Ninguém vai resolver nada sem passar por uma conversa”. E continuou num tom paternalista e irritante (profético?): “Meu filho, todo incendiário na juventude vira bombeiro na velhice”.

Certo de que ele não sairia dali, caminhei meio trôpego até o diretório. Lá estavam os colegas da diretoria e alguns gatos pingados a mais. Relatei o acontecido de um fôlego só. Eu ouvi que o velho me passara a perna, que tinha caído fora, e que eu deveria ter ligado antes de sair do gabinete. Mas eu tinha absoluta certeza de que isso não aconteceria. Formamos uma

³³ Mao Tsé-Tung (1893-1976), político, teórico, líder comunista e revolucionário chinês.

³⁴ Bandejão: apelido dado ao refeitório popular da Universidade Federal de Minas Gerais.

comissão, um representante do DAAB, um dirigente do DCE e eu. Incrementamos a pauta de reivindicações, mesclando as factíveis e muitas descabidas. O professor Clóvis nos recebeu, leu a lista com serenidade e prometeu se “esforçar no que estivesse ao seu alcance”. Despediu-se ou despediu-nos? Não dava tempo de esperar a próxima edição do nosso jornal, o *PH7*. No outro dia cedo, um panfleto rodado no surrado mimeógrafo do diretório estampou a manchete: “Diretor Acuado Atende Reivindicações dos Estudantes”. E assim terminou o nosso sequestro quase relâmpago.

Alguns estudantes viram carros de polícia rondando o campus da Saúde. É possível. Mas o doutor Clóvis Salgado da Gama, no que estivesse ao seu alcance, não deixaria que entrassem no campus universitário.

Ao informar os meus pais sobre a decisão de me mudar para Montes Claros e trabalhar num projeto de saúde pública, senti a decepção, sobretudo por parte de meu pai. Sem saber direito o que faz um médico na gestão de saúde, passou a dizer que eu trabalharia com vacinação de crianças. Disse-me, creio que com alguma esperança, que, se eu mudasse de ideia, a casa da família continuava à disposição. Essa foi a dica para a minha mãe manter móveis e roupas de cama arrumadas na rua Costa Sena, bairro Padre Eustáquio, em Belo Horizonte. Pelo sim, pelo não, cheguei a ser aprovado no concurso para residência em Cirurgia Geral no Hospital Santa Mônica, coordenada pelo dr. Orestes Diniz Filho. Lá não pus os pés. Liguei agradecendo a oportunidade.

Na minha solenidade de formatura, realizada no ginásio de esportes do Minas Tênis Clube no dia 8 de dezembro de 1976, queríamos dar um recado político. A maioria dos colegas estava temerosa, pois em ocasiões anteriores, quando os discursos foram mais contundentes em relação à ditadura, houve admoestações, ameaças, convocações para esclarecimentos e até abertura dos temidos e sumários Inquéritos Policiais Militares (IPMs). Diante do impasse entre a minoria crítica e a maioria eufórica e festiva, sugeri uma saída: a leitura coletiva (éramos 160 formandos) da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Contrapor-se, quem haveria de?

CAPÍTULO II

E MONTES CLAROS “MONTESCLAREOU”

(Tino Gomes, Georgino Júnior, 1983)³⁵

Em janeiro de 1977 eu tinha um novo CEP, no bairro Santo Expedito, em Montes Claros. Fui morar com o Chico – José Francisco da Silva –, que também participara da equipe do Cornelis, em Capim Branco, e o Léo – Heliomar Vale da Silveira –, que conheci como estudante de Enfermagem na UFMG. Nossa casa era vizinha à do Ricardo Soares, médico casado com uma sobrinha do Chicão. Aliás, foi ele quem me emprestou um colchão para que eu pudesse enfrentar as primeiras noites em um quarto da nova residência.

A casa do Chicão e da Chiquinha era próxima à nossa, o que facilitava o convívio em noites intermináveis, em que sonhos, esperanças e decepções se alternavam, regados com doses generosas de cuba-libre, a Coca-Cola apenas colorindo o rum Bacardi. Era essa a bebida preferida do chefe e anfitrião.

A implantação do Projeto Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (PIPSSNM), ou Projeto Montes Claros, como ficou conhecido no período entre 1975 e 1982, representou a minha primeira experiência de trabalho profissional como gestor público e docente das Faculdades de Medicina de Montes Claros e da UFMG. Essa vivência marcou os meus passos e rumos dali em diante, na ocupação de cargos e funções institucionais no serviço público e na universidade, ou como agente político legitimado por cargos eleitorais.

Tendo sido diplomado em 8 de dezembro de 1976, em fevereiro de 1977 fui contratado como supervisor, integrando um grupo que contava com pessoas de várias partes do país, além das que vieram com o Chicão de Diamantina e daquelas que já trabalhavam no CRS, implantado em 1969 com a ajuda da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Essa foi a primeira unidade descentralizada da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Em julho de 1977, com a ida do Chicão para coordenar a secretaria técnica do Grupo Executivo Interministerial (GEIN) de gestão do PIASS em Brasília, assumi a direção do CRS e a coordenação do Projeto Montes Claros. Aos 25 anos recém-completados, meses após deixar a universidade, troquei o movimento estudantil pela responsabilidade de tocar um projeto icônico para a saúde pública brasileira. Mais adiante, veremos como isso aconteceu, ou “como isso foi possível?”, conforme indagação ainda hoje feita pelo Cornelis van Stralen.

³⁵ Tino Gomes e Georgino Júnior. Montesclareou. *In: Saudação*. Montes Claros: Independente, LP, 1983.

Mas, antes de falar da minha atuação no Projeto Montes Claros, vou tentar contextualizá-lo no tempo e no lugar onde aconteceu, bem como desvendar os seus antecedentes, que remontavam ao início dos anos 70.

ESTRUTURA DO PROJETO

É importante lembrar que o orçamento do projeto resultou de um financiamento internacional da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) de 4 milhões de dólares que deveriam ser gastos em 3 anos, ou seja, o projeto dispunha de recursos próprios e extraordinários.

Sua área de abrangência, o Polígono das Secas de Minas Gerais, somava quase 140 mil km², distribuídos em 47 municípios. Corresponhia a 20% do território de Minas Gerais, onde vivia 8% de sua população. A presença da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) promovia, com empréstimos subsidiados e isenção fiscal, a industrialização de algumas cidades, como Montes Claros, Pirapora e Várzea da Palma. Por outro lado, consolidava-se, com projetos de irrigação, uma produção frutífera destinada ao consumo nos grandes centros e à exportação. No mais, firmavam-se a criação de gado em grandes propriedades e o plantio maciço de eucalipto para a produção de carvão por empresas produtoras de ferro-gusa e aço.

As cidades cresciam desordenadamente, sobretudo Montes Claros, com a migração de trabalhadores rurais desalojados, mão de obra excedente das atividades agropastoris tradicionais ou de pequenas propriedades pouco produtivas no contexto das mudanças socioeconômicas.

Seriam construídos ou reformados 55 centros de saúde (Montes Claros teria 6) e 162 unidades básicas em distritos e povoados dessa imensa região, além de 40 laboratórios, 39 nas sedes das APs e o regional em Montes Claros.

Cada município se constituiria num módulo básico, com as Unidades Auxiliares de Saúde (UAS) referenciadas ao centro de saúde, na sede. Esses municípios, por sua vez, estariam vinculados em rede a um polo sub-regional, que deveria contar com pelo menos uma unidade hospitalar. Esse conjunto era chamado de Área Programática (AP). Foram instituídas 8 APs dentro do processo de hierarquização ascendente, de acordo com o nível de complexidade do atendimento. A incorporação na rede de atendimento hospitalar prevista nunca aconteceu. De certa forma, essa organização antecipava a concepção do distrito sanitário, com a qual viria a trabalhar mais tarde como secretário de Saúde do Estado.

Essa sub-regionalização em APs favorecia a atividade de supervisão, o acompanhamento, a coleta de dados, a mobilização de prefeitos, secretários ou diretores de saúde dos municípios, a organização das reuniões de módulos básicos e APs com os auxiliares de saúde, médicos, funcionários e usuários:

[...] o Projeto Montes Claros conseguiu erigir somente a base: os módulos básicos, cada um abrangendo um município e formada por uma US (Centro de Saúde), e várias UASs (Unidades Auxiliares de Saúde ou Postos de Saúde). A implantação de hospitais distritais não foi possível, nem sequer na área programática de Pirapora, onde a FSESP recusou a integração da sua unidade mista no Sistema Integrado de Saúde. O acordo informal com um hospital privado em outra área programática, a de Porteirinha, mediante o qual o hospital iria atender pacientes encaminhados por US's em troca de equipamentos, não foi capaz de transformar a lógica de funcionamento do hospital, uma mistura de procura de lucro e clientelismo. (STRALEN, 1995, p. 178)

O “CAOS PRODUTIVO” E CRIATIVO

O órgão responsável pela implantação do Projeto Montes Claros, o Centro Regional de Saúde (CRS), ocupava um modesto prédio na parte alta da cidade, o bairro São João. A equipe multidisciplinar de supervisores reuniu gente de várias regiões do país. Algumas pessoas vieram de Diamantina, acompanhando o Chicão, e outras já trabalhavam na instituição. Os recém-contratados deveriam ser prioritariamente “crus”, sem experiência anterior de trabalho em instituições de saúde, ou sem “vícios adquiridos”, como ensinava o Chicão. O ritmo frenético, o entra-e-sai das salas acanhadas, o acúmulo de pastas e papéis sobre as mesas mostravam, já à primeira vista, que aquela não era uma repartição pública “normal”.

Num espaço um pouco maior, transformado em salas de reuniões, as discussões eram frequentes e acaloradas. Recém-egresso do movimento estudantil, sentia-me à vontade. Fui advertido pelo Chicão de “guardar reserva” – ou prudente vigilância – em relação aos funcionários mais antigos, fossem os da área técnica ou os da administrativa. Mas nos acalorados debates, comuns ao longo do dia, desvelavam-se todas as posições e expectativas. Estávamos imbuídos, eu e muitos dos que nos reunimos em torno daquele projeto, do que foi cognominado de “visão iluminista” (ARTHMAR, 2012), a de que, através de um projeto de saúde, pudéssemos mudar as relações sociais e políticas vigentes na sua área de abrangência.

Abolida a supervisão por programas, a equipe se repartiu geograficamente por Área Programática (AP), ficando os subgrupos responsáveis por todas as atividades: coleta de dados e informações, avaliação sobre o conhecimento e a receptividade do projeto, orientações técnicas, providências administrativas, contatos políticos com prefeitos e outras autoridades e até mesmo montagem de estruturas para dar conta das questões de saúde, como aconteceu com

o surto de meningite que assolava a região naqueles tempos (BARATA, 2012). O desconforto para os que estavam acostumados à rotina dos programas era compensado pela urgência de trocar e dividir informações e conhecimentos, inclusive com as pessoas das áreas meio ou de apoio, como a administrativa e a financeira. Não havia saída fora do trabalho solidário.

A revolução institucional prudentemente manteve as antigas chefias de administração e finanças, aproveitando a experiência e o relacionamento que elas tinham com a burocracia do nível central da Secretaria de Estado de Saúde. Mas elas eram submetidas a uma cautelosa vigilância. Um dos objetivos do projeto era se distanciar, forçar os limites da burocracia formalista das instâncias superiores e de suas cobranças.

Foi criada uma instância, o Conselho Técnico-Administrativo (CTA), com representantes de todas as categorias de funcionários, da copeira ao motorista, do técnico administrativo ao supervisor de nível superior, que fazia com que os assuntos fossem encaminhados e decididos coletivamente. Divergências ou polêmicas eram remetidas à assembleia dos funcionários do CRS. A ideia era ensinar/aprender pela práxis um método que deveria ser replicado no treinamento dos auxiliares de saúde e estendido ao processo da tomada de decisões coletivas nas áreas programáticas e nos módulos básicos. Essa inspiração vinha do que apregoava Paulo Freire, em *Pedagogia da autonomia* (1997).

Um pequeno jornal interno, o *Misto Quente*, esquentava as discussões, reforçando sempre a centralidade da participação comunitária no processo de implantação do projeto. O jornal estava aberto a qualquer servidor que se dispusesse a publicar sua opinião. Ele teve colaboradores ilustres, como o professor Mário Testa.

Esse embaralhamento de tarefas e funções em algum momento afetou a capacidade de fornecer as informações cobradas pelos órgãos de acompanhamento e controle externos. A leitura feita por nós era a de que o zelo com o planejamento normativo era uma forma de cerceamento e controle do nível central da secretaria, que foi declarado inimigo da democratização nas relações de poder no CRS e, conseqüentemente, da participação comunitária. O revide vinha com tachas pejorativas, veladas ou explícitas, dependendo da área de interlocução da secretaria, que interpretava a situação como anárquica e caótica.

O aumento da tensão, interna e externa, aumentava a coesão em torno dos “nossos objetivos” para o projeto e de sua coordenação. O Chicão tinha consciência e estimulava esse processo que eu defini como “administração pelo conflito”. Ele seria inevitável na luta política e social com que contávamos, e seria pedagógico vivê-lo cotidianamente nas relações institucionais em que estávamos envolvidos, ou reconhecer, como Riobaldo Tatarana, personagem central de Guimarães Rosa em *Grande sertão: veredas* (1986), que “viver é muito

perigoso”. Ele repetia esse bordão depois de cada aventura. A propósito das “tensões e dificuldades em viver ao mesmo tempo a “República Socialista de Montes Claros” e a realidade criada pela Ditadura Militar”, Chicão assinala:

Nas relações com a sociedade de Montes Claros, nós do Projeto, apelamos para o “enquistamento”, estabelecendo um espaço próprio de convivência fora do trabalho: nas comemorações, nos encontros pós-expediente, nas atividades esportivas, em todas as relações sociais, enfim. Esse “enquistamento” ou fechamento não foi apenas uma reação defensiva e espontânea. Embora sem maior elaboração teórica, nós aprendêramos desde Diamantina que, para criar e manter um ambiente de liberdade à criação e inovação, era necessário interromper as pressões normativas institucionais e as do ambiente externo. (MACHADO, 2014, p. 173)

Na minha necessidade taxonômica, eu buscava fazer a correlação dessa forma de uso do conflito com o paradigma hegeliano (HEGEL, 2000) do desenvolvimento da história. De forma reiterada, cada crise (tese) gerava uma forma de reação (antítese) e, nesse entrechoque, buscávamos um meio de superar a situação com uma solução nova ou diferente (síntese). A respeito desse conflito, relata Mercês Somarriba que,

[...] no início de 1977, chegou ao Centro Regional um modelo para a coleta de informações, proposto pela SES, que despertou no grupo de Montes Claros fortes resistências e rendeu severas críticas à equipe do Nível Central. Tais críticas foram, inclusive, incorporadas ao Relatório Trimestral de Atividades enviado à Secretaria, em abril daquele ano: “Da discussão do Modelo de Informação surgiram críticas sobre seu caráter burocrático. Esse modelo enfatiza, os cuidados individuais na medida em que se preocupa com informações quantitativas do tipo número de contatos, de cuidados primários por pessoa. Pensamos que o trabalho com coletividades precisa ser enfatizado. Decidimos, então, preparar um roteiro contendo informações gerais sobre essa questão, que foi distribuído para os auxiliares de saúde”. O roteiro mencionado aponta a baixa eficácia dos cuidados de saúde individuais para a efetiva mudança das condições de saúde da população e enfatiza a necessidade de ações voltadas para a coletividade [...]. Não podemos nos limitar a essas ações com indivíduos ou famílias. O mais importante é prevenir doenças e isso tem que ser feito através de ações coletivas, envolvendo muitas pessoas ao mesmo tempo [...]. Isto porque para desenvolver ações realmente efetivas precisamos saber, antes de tudo, os reais problemas que influenciam a saúde do povo. Esses problemas podem ser imediatos como nos casos de sarampo, tifo etc., e nessa situação, uma ação rápida tem que ser desenvolvida para vacinar as pessoas. Ou os problemas podem ter um caráter mais permanente, estando ligado à habitação, nutrição etc. Nesse caso, são necessários esforços de mais longo prazo. (SOMARRIBA, 1995, p. 200-201)

Essa efervescência institucional, ou esse “caos produtivo”, como o designou o professor Mário Testa (1981), importante teórico argentino que nos assessorou por algum tempo e que impulsionava o planejamento estratégico em saúde na América Latina, acabou gerando fissuras na relação entre o CRS e a Secretaria de Saúde. Para a superação desse conflito “técnico” do processamento das informações, foi fundamental, uma vez mais, o concurso do

argentino Dalton Mario Hamilton³⁶, que assessorou e apoiou o projeto desde o início. Os dados quantitativos, expressos em números, gráficos e tabelas – ao gosto do planejamento normativo ou formalista – passaram a ser fornecidos regularmente. O Mario ensinou-nos que os números podiam se “arreglar” em alguma medida, respondendo às demandas externas, que se tornaram mais afiadas diante do desafio que representávamos.

Aqui vale a pena tentar refletir sobre o relacionamento do CRS com as outras instâncias burocráticas do Sistema Operacional de Saúde Pública de Minas Gerais (SOSP-MG). Os conflitos deveriam ser vistos como intrainstitucionais, pois o CRS era o órgão do SOSP-MG na região Norte do Estado. Mas as articulações e os conflitos funcionaram como se se tratasse de instituições distintas.

É importante assinalar que o surgimento do projeto coincide em 1975 com um processo bastante amplo de reforma administrativa da Secretaria de Saúde como um todo. Com base num projeto de regionalização para o estado, são criados 14 outros Centros Regionais de Saúde, que se somam aos de Montes Claros (1969), Diamantina (1970) e metropolitano, já existentes. Essa descentralização na área de saúde enfrentou muita resistência, sobretudo por parte dos donos dos programas verticais em Minas Gerais, como o de Controle de Hanseníase, de Tuberculose, de Chagas e o Programa de Atenção Materno-Infantil, incrustados há décadas na estrutura da Secretaria de Saúde.

A proposta modernizadora e “alternativa”, que nascia com o Projeto Integrado do Norte de Minas, concentrava atenção e interesse do Nível Central. Deveria ser um laboratório onde se pudessem testar as propostas técnicas (da atenção primária) e “políticas” (da descentralização técnico-administrativa) e uma vitrine para simbolizar, interna e externamente, as mudanças.

Mas esse processo levou a conflitos surgidos a partir da reestruturação do órgão executor do projeto, resultantes de diferentes concepções do trabalho em curso e do fortalecimento (técnico, ideológico e político) da equipe regional, que, mobilizada, passou a reivindicar autonomia crescente, conforme o apregoado no discurso institucional. Esses embates evidenciavam diferenças políticas e contradições entre o discurso e a prática institucional, e eram (são), muitas vezes, escamoteados como mera luta pelo poder entre grupos burocráticos do nível central e dos níveis intermediários de poder, ou mesmo aferição competitiva de prestígio e de poder institucional deste ou daquele técnico.

³⁶ Fonte: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/daltonmario.htm>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

Os mecanismos através dos quais foi se processando a descentralização, que desconcentrava atividades, permitiu um grau de criatividade compatível e necessário à implantação do projeto. Isso evidencia que a descentralização ou qualquer outro instrumento de planejamento não é neutra: pode ser vista, por um lado, como instrumento técnico advindo com a expansão da rede e a necessidade de respostas mais ágeis e eficientes, mas abre espaço para a organização periférica e enfrentamentos pela efetivação da autonomia. Pode ser vista, também, como um meio de controle permitindo maior afluxo de informações e maior capacidade de intervenção institucional, ou ser aproveitada como instrumento para a busca de legitimação própria e autônoma.

Fizemos isso através da negociação direta com outras instituições (prefeituras, outros órgãos regionais, instituições acadêmicas e de serviços afinados com a nossa proposta político-institucional) e com profissionais da academia e dos serviços que vinham se organizando e contestando o modelo hegemônico e excludente de atenção à saúde, que, na verdade, privilegiava o atendimento à doença.

Como supervisor, fiquei responsável pela AP 7 e quinzenalmente visitava os municípios de Janaúba, Porteirinha, Riacho dos Machados, Mato Verde e Espinosa. Corria as sedes e os distritos desses módulos básicos. Dessa época, lembro-me de que dormia em hospedarias que cobriam as camas com um envoltório de filó. Nas paredes caiadas eu procurava – e achava – rastros de fezes de barbeiros, não raro sobre a estrutura de pau-a-pique³⁷, caiada.

Além do apoio administrativo, eu levava um bom tempo conversando com as equipes acerca dos problemas de saúde, da necessidade de fazer reuniões para que as decisões fossem coletivas. Quando tentava enveredar pelo campo da política municipal, geralmente a conversa esfriava. Os médicos participavam pouco. Diziam-se ocupados com pacientes nos consultórios e hospitais.

Uma atividade fundamental desenvolvida no Projeto Montes Claros, da qual participei, foi o treinamento dos auxiliares de saúde, que se realizava em um prédio cedido pela Secretaria Estadual de Educação no município de Porteirinha, cidade a 140 km de Montes Claros. A viagem era feita por uma estrada de terra precária, a bordo de Rurais Willys adquiridas pelo projeto. As prefeituras indicavam três candidatos para cada uma das vagas, com a condição de serem residentes nos locais onde estavam sendo implantados os serviços.

No processo de seleção, privilegiavam-se a desinibição, a capacidade de emitir opinião sobre determinados temas (como a pobreza, por exemplo) e o trabalho exercido até aquele

³⁷ Pau-a-pique é uma técnica construtiva antiga com estrutura de paus entrelaçados preenchidos de barro (OLENDER, 2006).

momento. Quanto menor fosse a experiência do candidato em serviços de saúde, maior era a chance de ser escolhido. O objetivo era selecionar pessoas que pudessem absorver ideias novas, o conceito ampliado de participação comunitária, e com algum senso crítico sobre as condições de vida e trabalho que se entremeavam com o adoecimento da população. Muitas vezes esse processo de seleção era burlado, pois, dentre os três candidatos, apenas um reunia qualificações mínimas para ser o escolhido.

O treinamento dos auxiliares de saúde buscava selecionar as pessoas mais permeáveis à proposta de promoção da “participação comunitária”, ampliando o interesse desses profissionais pelas condições de vida e de trabalho na sua comunidade de origem e para onde retornariam a fim de exercer suas funções. Era preciso levar em conta os conhecimentos e práticas populares que os auxiliares já conheciam, mas que ainda não eram devidamente reconhecidos.

Supervisores e monitores do curso – no qual as discussões em grupos dividiam o tempo com apresentações dos temas próprios à formação em saúde – ficavam confinados por três meses, vivendo e convivendo juntos, administrando conflitos. O nosso livro de cabeceira era a *Pedagogia do oprimido*, de Paulo Freire (1987). Intercambiavam-se conhecimentos técnicos essenciais com as práticas populares trazidas pelos treinandos.

As discordâncias com o processo heterodoxo que vínhamos experimentando foram objetos de conflito. Em certa oportunidade, após acaloradas discussões, uma supervisora, profissional de enfermagem, foi excluída da equipe que coordenava o treinamento. Ela alegou que dávamos mais importância à formação política do que à técnica. Mexer nesse vespeiro era fatal. Preparávamos os auxiliares de saúde para enfrentarem, no seu ambiente de trabalho, o poder do prefeito, de outros agentes políticos e dos médicos. Mas procurávamos incutir-lhes a capacidade de resistir, de entender as formas de dominação que extrapolavam o seu espaço de trabalho, enraizadas nas relações econômicas e políticas. Traduzir essas ideias para uma linguagem apropriada aos treinandos era um grande desafio. Transpor a “microfísica do poder” (FOUCAULT, 1979) para a amplitude das relações na sociedade era um desafio (quimérico?).

CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

Em 1974, com a posse do quarto general presidente do regime de 1964, Ernesto Geisel, a ditadura se via diante de um desgaste crescente acumulado em dez anos de um falso milagre econômico, construído às custas de um arrocho salarial sem precedentes e de uma repressão política violenta. É fundamental entender que a ordem autoritária imposta pelo regime de 1964

tinha por objetivo impedir a realização das chamadas “reformas de base” propostas pelo governo do presidente João Goulart.

Algumas reformas foram combatidas com maior intensidade, especialmente a Reforma Agrária, que mobilizou e uniu as classes produtoras – indústria, comércio e agricultura – em defesa da propriedade privada e dos latifúndios improdutivos, que se sentiram ameaçados diante das bandeiras defendidas pelos sindicatos de operários, pelas Ligas Camponesas e pelas associações de trabalhadores do campo.

A preocupação era apagar de vez o incêndio das reformas, percebidas como chama perigosa de uma possível revolução comunista, diante do entusiasmo libertário da juventude e dos trabalhadores organizados, que se identificavam com os ideais da revolução cubana, liderada por Fidel Castro e Che Guevara. Como lembra a professora Maria Fátima de Sousa:

No Brasil, os tempos eram agitados: ecos radicalizantes da Cubana, muro de Berlim, Guerra Fria e movimento sindical ativo, comandada por janguistas e pelo partido comunista brasileiro, o chamado partidão. As tensões sociais no país aumentaram. Em 13 de março de 1964, Jango discursou na Central do Brasil (Rio de Janeiro) para 150 mil pessoas e anunciou reformas como a nacionalização de refinarias de petróleo e a desapropriação de terras para início de uma verdadeira reforma agrária. Em 19 de março, em São Paulo, aconteceu a Marcha da Família com Deus pela Liberdade, cujo objetivo era mobilizar a opinião pública contra a política desenvolvida pelo governo Jango que, segundo eles, levariam à implantação do comunismo no Brasil. (SOUSA, 2007, p. 28)

No campo da saúde, pela visão dos novos donos do poder, era questão de vida ou morte enterrar as propostas reformistas da *3ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1963, por iniciativa do presidente João Goulart. Nessa reunião, o ministro da Saúde, Wilson Fadul, propôs ampliar a atenção à saúde para o conjunto da população brasileira.

Atualmente, é incontestável o fato de que o golpe civil-militar de 1964 consolidou institucionalmente um modelo de atenção à saúde centralizado e excludente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, a partir da fusão dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões que reuniam categorias de trabalhadores. A nova instituição tornou-se hegemônica na prestação de serviços de saúde, mas o sistema continuava a contemplar o atendimento apenas aos trabalhadores formalizados.

O Ministério da Saúde teve seu papel limitado a campanhas de saúde pública, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM); ao atendimento médico-hospitalar, mediante unidades de internação em algumas áreas específicas, a cargo da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), com base em uma modalidade de atenção preventiva e curativa praticada por profissionais generalistas; e ao atendimento à população em

áreas de interesse estratégico e econômico, como a Amazônia, o Vale do Rio Doce (onde se exploravam jazidas de minério de ferro) e o Vale do Rio São Francisco.

A partir do início dos anos 70, no contexto ainda tímido de questionamento do regime militar, os departamentos de Medicina Preventiva e Social, especialmente nas universidades públicas, formularam críticas ao antigo modelo dualista e excludente, que relegava a população não inserida no mercado de trabalho a uma situação de indigência, dependente da filantropia.

Nesse contexto, os burocratas, os administradores, não apenas substituíram nos cargos os políticos tradicionais e/ou seus prepostos, como também fugiram dos mecanismos de controle social como os legislativos, os órgãos de fiscalização de gastos públicos, os conselhos com a participação de cidadãos representantes dos beneficiários das políticas públicas – democracia deliberativa. Esses anéis de interesses privatistas eram escamoteados com ideias abstratas de mérito, eficiência, competência e racionalidade, sequestrando, na verdade, o interesse público ou coletivo, por dispensar a manifestação da sociedade civil.

A construção desses anéis, embora tenha tido lampejos no segundo governo Vargas e no do presidente Juscelino Kubitschek, se apresentou de maneira muito evidente na ditadura, particularmente no governo Geisel, com o respaldo do autoritarismo vigente. Isso se sobrepôs ao verniz político da proposta de uma abertura (distensão?) “lenta, gradual e segura”, na verdade um projeto tautológico pela dosimetria e pelo pressuposto grau de controle enunciado pelo próprio proponente. Esse vício de origem era comum aos planos e projetos do período. Assim, o governo Geisel foi pródigo em propor reformas que, na prática, reforçavam as castas ou estamentos burocráticos desejosos de ampliar e fortalecer seus espaços de poder a serviço de interesses privados.

Na área social da saúde, tínhamos um sistema dual que foi gradativamente reforçado a partir da década de 1930. O Ministério da Saúde cuidava da saúde pública. A assistência social, previdenciária e de saúde dos trabalhadores formalizados era prestada por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Em 1974, os institutos e autarquias foram reunidos através da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A Lei nº 6.349 (BRASIL, 1977) criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, em que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se encarregaria da saúde previdenciária. Essas reformas evidenciam um rearranjo institucional que, por um lado, racionalizava e concentrava poder, mas, por outro, buscava responder à crise fiscal que comprometia todo o sistema previdenciário.

Essa crise foi agravada, na área de aposentadorias e pensões, com a criação do Programa de Assistência Rural (PRORURAL, 1971), que previa benefícios de aposentadoria e

o aumento dos serviços de saúde ofertados aos trabalhadores rurais e pequenos proprietários e a outras categorias até então não contribuintes, como os trabalhadores domésticos e autônomos. Essa ampliação visava, ainda, a conter a intensa mobilização feita no campo pelas Ligas Camponesas e pelos sindicatos de trabalhadores rurais no início dos anos 70.

A verdade é que ao longo de décadas foi construído um modelo nada previdente, de redistribuição simples e dependente do fluxo de caixa. Qualquer sobrecarga na despesa ou queda na arrecadação comprometia o sistema como um todo. É evidente que, por essa época, já estavam minguando os recursos previdenciários, em virtude do desequilíbrio crescente entre o número de contribuintes e o de beneficiários – aposentados e pensionistas –, além da urbanização acelerada e do aumento da expectativa de vida da população.

Na área da saúde previdenciária, as dificuldades estavam atreladas ao modelo de contratação de serviços médico-hospitalares junto ao setor privado, bem como às formas deletérias de remuneração deles. Contribuíam, ainda, para a penúria financeira, a intensificação do processo de urbanização, a concentração dos atendimentos na rede hospitalar e o agravamento do quadro nosológico, no qual se superpunham as doenças ligadas às condições precárias de vida e o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, em função do aumento da expectativa de vida no país. Esse modelo nos dá um bom exemplo de funcionamento dos “anéis burocráticos”.

Além do benefício assegurado da compra cativa dos serviços e do pagamento por atos médicos – fator incontornável de corrupção (COSTA-FILHO, 1978), conforme o bordão do respeitado médico potiguar Carlos Gentile de Mello³⁸ –, o que favorecia a fraude, concentrando a cobertura nos procedimentos mais complexos, foi criado um fundo público, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que financiava a juros subsidiados a ampliação do parque hospitalar privado – Lei nº 6.168 (BRASIL, 1974) –, consolidando-se, “assim, a Previdência Social como mecanismo de controle social, de recuperação e manutenção da força de trabalho, e de acumulação de capital no setor” (BRAGA e PAULA, 1981, p. 124).

De qualquer maneira, dentro do próprio INAMPS germinava uma discussão acerca da inviabilidade do modelo, abrindo espaço para propostas de ambulatorização e atendimento público-privado no caso de emergências ambulatoriais, como o Plano de Pronta Ação (PPA) e o apoio a programas de extensão de cobertura, o que permitiria aumentar a superfície de contato com a população nas periferias urbanas e nas áreas rurais. Isso serviria, inclusive, como anteparo aos agravos antes da necessidade de hospitalização, e representaria um passo adiante

³⁸ Fonte: <<http://www.coc.fiocruz.br/images/stories/PDFs/painelcarlosgentilemello.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2021.

na política social compensatória na área da saúde. Mas quem dava as cartas eram os empresários da saúde, que consideravam qualquer proposta nessa direção como “heresia” em relação aos seus interesses.

O novo governo, na busca de uma face modernizadora, fortaleceu alianças da tecnoburocracia com alguns setores econômicos, configurando os denominados “anéis burocráticos”, conceito desenvolvido pelo sociólogo Fernando Henrique Cardoso. Nesse sentido, os anéis seriam “círculos de informação e pressão (portanto, de poder), que se constituem como mecanismo para permitir a articulação entre setores do Estado (inclusive das Forças Armadas) e setores das classes sociais” (CARDOSO, 1974, p. 208), ou seja, “um mecanismo pelo qual implicitamente se define que a administração é supletiva aos interesses privatistas, e esses fluem em suas relações com o Estado, através de teias de cumplicidade pessoais” (CARDOSO, 1993, p. 99-100).

De qualquer maneira, foram a sobrevivência dessa discussão dentro do INAMPS e uma articulação política externa bem-sucedida que propiciaram a aliança que assegurou, de forma inédita e pioneira, recursos previdenciários para o financiamento da extensa rede de atenção primária implantada pelo Projeto Montes Claros. A importância ímpar desse fato foi a abertura do caminho para o custeio de toda a rede implantada nacionalmente pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), bem como a emergência de propostas como as Ações Integradas de Saúde (AIS). Alguns episódios dentro do processo de redefinição da participação do Estado na prestação dos serviços de saúde, acontecidos a partir de Montes Claros, foram fundamentais para a viabilização das redes de atenção primária.

Enfim, essa fratura de um dos elos dos “anéis burocráticos” aconteceu em virtude do acúmulo político e técnico que, numa conjuntura nova, permeável à “governança democrática³⁹”, possibilitou que emergisse um sistema de saúde abrangente e inclusivo, pacificando a discussão sobre a utilização dos recursos da saúde, sem o muro que separava os previdenciários, de muito maior monta, daqueles manejados pela saúde pública.

Desse modo, os anéis burocráticos envolvem servidores, empresários, militares – entre outros – apoiados num burocrata, num cargo. Os membros das classes envolvidas passam a integrar a arena política, não como representantes de suas “corporações de classe”, mas em função de seus interesses particulares. Essa foi a maneira que o regime encontrou, segundo Cardoso, de inserir os interesses privados no aparelho de Estado. A interação política-

³⁹ BEVIR, Mark. Governança democrática: uma genealogia. *Revista Sociologia Política*, Curitiba, v. 19, p. 103-114, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a08v19n39.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

burocracia, segundo o conceito acima apropriado de anéis burocráticos, privilegia grupos e interesses particularistas, inserindo-os no seio do Estado, que passa a servi-los.

Esse entrelaçamento torna-se evidente na definição das políticas sociais a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (PNDES) (1974/1979), em que era redefinido o papel das políticas públicas calcadas no reconhecimento de que o desenvolvimento social deveria caminhar junto ao desenvolvimento econômico:

O II PND, como planos anteriores, era igualmente autoritário, mas abria espaço para as questões sociais. Embora distante das bases de financiamento, foi um estímulo a três frentes institucionais: Financiadora de Estudos e Pesquisas (FINEP), Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Planejamento Econômico e Social (CNRH/IPEA) e Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Panamericana de Saúde (PPREPS/OPAS), que articularam uma rede de sustentação de projetos e de pessoal, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas dos serviços de saúde e desenvolvimento dos recursos humanos. Constituíram as bases institucionais que estimularam o Movimento Sanitário em seu processo de articulação e crescimento. (SCOREL, 1995 p. 133)

Ao propor que o desenvolvimento econômico apresentasse uma contrapartida social, o governo colocou em cena uma tecnocracia planejadora com interesses privatistas, fundamentada no “insulamento político” (NUNES, 2003) e numa intensa articulação para fora do Estado brasileiro – com atores do mercado – a fim de implementar políticas públicas nas áreas econômica, social e de infraestrutura.

Assim, o desenvolvimento do Projeto Integrado de Saúde de Montes Claros está visceralmente vinculado à articulação do Movimento Sanitário Brasileiro na conjuntura político-social do período 1974-1979, conhecido como a “Era Geisel”. O presidente Ernesto Geisel, na tentativa de legitimar o regime, iniciou a partir de 1974 um processo de abertura política:

Mesmo tendo partido da elite militar-governamental a iniciativa de distender o relacionamento entre o Estado e a sociedade, após 10 anos de instalação do regime burocrático-autoritário, essa iniciativa foi ocupada e ampliada por grupos e forças sociais de oposição que, ao longo do tempo e da luta, transformaram a distensão em abertura e a abertura em democratização. (SCOREL, 1995, p. 130)

A análise de conjuntura feita pela médica sanitária Sarah Escorel enfatiza três aspectos de particular importância para a origem e a articulação do Movimento Sanitário em torno do desenvolvimento do Projeto Montes Claros: “a reativação da política como mediação das relações sociedade/Estado, a mobilização e organização da sociedade civil, e o papel das oposições (liberal, eclesial, partidária, popular)” (SCOREL, 1995, p. 130).

O projeto não pode ser visto como algo fixo ou regular ao longo dos sete anos de sua trajetória. As variações de conjuntura repercutem profundamente nas instituições, torcendo-lhes os rumos e objetivos e delimitando os limites de suas ações. Em Montes Claros, essas variações exigiram dos atores institucionais, diante de conjunturas diversas, o refazimento de estratégias. Para distinguir a conjuntura do país e a da nossa “ilha”, lembra Chicão:

[...] a orientação que estava presente em todas as atividades e relações da equipe e que dava o diferencial à experiência era, indubitavelmente, sua incoerência com o ambiente político externo. Enquanto o país vivia uma ditadura que era incorporada nas pessoas e instituições como algo inevitável para a qual não havia alternativa, nós construímos uma “ilha”, onde se recuperava o ser humano como sujeito capaz de planejar, executar e aprender com a reflexão de suas ações. (MACHADO, 2014, p. 170)

Para contar essa história, o grande desafio é definir que aspectos abordar, tendo em vista o caráter multifacetado dessa experiência marcante. Se Minas são várias, o Projeto Montes Claros também são muitos e múltiplos.

IPEDASAR: UMA TEMPESTADE PERFEITA

A origem histórica do Projeto Montes Claros deve ser buscada na prestação de serviços de saúde desenvolvidos na segunda metade da década de 1950 por missionários norte-americanos da Igreja Adventista do Sétimo Dia, liderados pelo pastor Leslie Charles Scofield, na região do Rio São Francisco. Durante seis anos, um grupo coordenado pelo pastor e sua esposa atendeu a população ribeirinha, percorrendo de barco a região.

A experiência foi institucionalizada com a assinatura de um convênio, em 3 de setembro de 1971, entre a Universidade de Tulane (de New Orleans, estado da Louisiana), a Family Health Foundation⁴⁰, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais e a Fundação Universidade Norte Mineira de Ensino Superior. O pastor Leslie Scofield era o diretor executivo do instituto, financiado por investimentos norte-americanos através da USAID⁴¹. A linha de trabalho seguia orientações da Family Health Foundation.

⁴⁰ Fundação americana que busca estabelecer parcerias entre os setores públicos e privados, entre os governos estaduais e locais, trabalhadores da saúde e comunidade, com vistas a melhorar os cuidados com a saúde. Fonte: <<https://familyhealthcarefdn.org/about-the-family-healthcare-foundation/>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

⁴¹ A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development), mais conhecida por seu acrônimo em inglês USAID, é um órgão do governo dos Estados Unidos encarregado de distribuir a maior parte da ajuda externa de caráter civil.

Essa organização serviria para a introdução gradual e discreta de um programa de controle de natalidade (FONSECA, 1993). O modelo tinha sido experimentado na área urbana e rural de Nova Orleans, com a implantação de uma rede de clínicas hierarquizadas de atendimento materno-infantil, desde os níveis mais simples aos mais complexos, e com a utilização de pessoal auxiliar, treinado para operar os serviços. Estávamos em plena Guerra Fria e os americanos viam no controle da natalidade uma das formas de evitar revoltas em países pobres da América Latina e da África, temerosos com o exemplo e a influência que Cuba e a doutrina marxista poderiam exercer sobre eles, ameaçando a hegemonia norte-americana. Daí a elaboração de um projeto para o Brasil da Family Health Foundation. Scofield construiu uma ponte entre a universidade norte-americana, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas, a Faculdade de Medicina de Montes Claros (FAMED) e o Ministério da Saúde.

Após extensos diagnósticos e estudos de viabilidade, foi fundado em 1971 o Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), entidade civil que gerenciaria a implantação de um sistema público de atenção primária, com sede em Montes Claros. Reuniam-se em torno do IPPEDASAR professores da FAMED e da UFMG, técnicos da Secretaria de Saúde e jovens talentos recém-formados que entraram para trabalhar especificamente no instituto, em articulação com a Faculdade de Medicina de Montes Claros. Esse grupo elaborou um documento denso, muito bem concatenado, que serviria alguns anos mais tarde para o diagnóstico da situação de saúde regional e o planejamento do Projeto Montes Claros. A coordenação técnica do projeto era de responsabilidade do dr. Eugênio Vilaça Mendes.⁴²

Alguns fatores foram determinantes para a extinção do IPPEDASAR. O mais relevante, no meu entendimento, foi o conflito burocrático com a área de planejamento no nível central da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, resistente à autonomia pretendida pelo IPPEDASAR, que, embora fosse uma instituição civil, se incumbiria da implantação e supervisão dos serviços. Mas o argumento usado politicamente pela burocracia central foi o de que a rede de atenção materno-infantil serviria como base para o controle da natalidade. Outro argumento alegado dizia respeito à usurpação da prática médica por auxiliares de saúde, treinados pelo projeto, o que sensibilizava o secretário de Saúde, Fernando Megre Velloso, ex-presidente da Associação Médica de Minas Gerais.

⁴² Eugênio Vilaça Mendes, graduado em Odontologia, especializou-se em Planejamento de Ações de Saúde pela FIOCRUZ-RJ. Participante ativo do processo de Reforma Sanitária Brasileira, entre outros tantos feitos. Fonte: <<https://www.ufmg.br/copi/medalhahonra/eugenio-vilaca-mendes/>>. Acesso em: 31 mai. 2021.

É bom lembrar que o controle da natalidade era estranho ao espírito da época e dessa fase ufanista da ditadura – início dos anos 70. A concepção do Brasil potência, grande, milagroso e repressor, pressupunha o crescimento da população, que deveria ocupar áreas despovoadas do país, como a Amazônia.

A Igreja Católica, por seu turno, repudiava a proposta como uma intromissão em assuntos de âmbito familiar-religioso. Mesmo católicos progressistas viam a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) como a personificação do mal. Por sua vez, “as esquerdas” denunciavam a intromissão norte-americana através do seu governo (Aliança para o Progresso, USAID) ou de fundações ligadas a multinacionais americanas (Kellogg, Ford), como instrumentos para o controle e o monitoramento político nos países periféricos.

Entre discussões e reformulações da proposta, o IPPEDASAR foi extinto em dezembro de 1973, após o encaminhamento do projeto à área de planejamento do Ministério da Saúde. Assim, o acordo de empréstimo entre a USAID e o governo brasileiro, assinado em agosto de 1973, ficou engavetado pelos dois anos seguintes. A reforma dos prédios e a aquisição de equipamentos para a Universidade de Montes Claros, em especial para a sua Faculdade de Medicina, contaram com recursos mobilizados pelo instituto.

Mesmo recebendo toda sorte de críticas, não se pode tirar do IPPEDASAR o mérito de ter aberto institucionalmente (elaboração e proposição do convênio), tecnicamente (diagnóstico da situação regional de saúde e projeto bem elaborado, criação de protocolos de atendimento, entre outros avanços) e historicamente o caminho para o surgimento do Projeto Montes Claros.

A RETOMADA DO PROJETO

Em 1975, tínhamos novas equipes de trabalho no ministério e na secretaria estadual. O novo secretário de Saúde de Minas, Dario de Faria Tavares, contava com ex-participantes do IPPEDASAR em sua equipe, o que facilitou a retomada dos contatos com o Ministério da Saúde para a efetivação do acordo de 4 milhões de dólares para um período de 3 anos. Nesse processo, teve um papel muito importante o novo coordenador da Área de Planejamento e Coordenação (APC) da secretaria, o doutor Eugênio Vilaça Mendes, bem como o professor José Pinto Machado. Ambos haviam estado à frente do IPPEDASAR.

O projeto, retomado em 1975, passou a ser coordenado pelo médico Francisco de Assis Machado (Chicão), que havia dirigido com êxito um trabalho de reorganização do sistema de

saúde no Vale do Jequitinhonha, como diretor do Centro Regional de Saúde de Diamantina (1971-1975).

Em Montes Claros, as ações seriam executadas diretamente pela secretaria, através do Centro Regional de Saúde (CRS) de Montes Claros, que havia sido criado em 1969 como Diretoria Executiva de Saúde. Era a primeira unidade descentralizada do órgão estadual, implantada com a ajuda da SUDENE e da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Preterido para ocupar um cargo no Nível Central da Secretaria, Chicão soube garantir uma autonomia que lhe permitiu escolher as pessoas que comporiam a sua equipe, bem como o método que definiria a sua atuação no desenvolvimento das atividades. E assim começou a implantação de um projeto de extensão de cobertura através de medicina simplificada com participação comunitária – como outros implantados, à mesma época, em diferentes regiões e municípios do país.

Os projetos de medicina comunitária confrontavam o paradigma tradicional da higiene e saúde pública, que pressupunha supervisão e orçamento verticais, amarrados a objetivos e metas de cada programa. A assistência médica oferecida por órgãos como a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) era circunscrita a áreas de interesse econômico especial, como a região do Rio São Francisco e do Rio Doce, em Minas, onde prosperava a extração de minério de ferro. A Superintendência de Campanhas (SUCAM) era responsável pela cobertura vacinal e pela inspeção de moradias rurais para dedetização e controle da doença de Chagas. As ações, programadas pelo ministério, chegavam verticalmente até os municípios.

A crítica a esse modelo começou, como já vimos, nos departamentos de Medicina Preventiva e Social, que forneciam técnicos para a gerência dos serviços. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) patrocinava convênios e cursos inovadores, como os de elaboração de orçamento-programa, e a racionalização oferecida pelo método OPAS/CENDES.⁴³

Esse clima de modernização foi potencializado por reformas nos Sistemas Estaduais de Saúde (SANTOS, 1995), particularmente em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. Parte dos técnicos passou a questionar os aspectos racionalizadores da extensão de cobertura e da participação comunitária, na perspectiva funcionalista de mera legitimação do que era oferecido à comunidade como dádiva do Estado.

A ampliação do escopo das discussões se deu em duas direções. A primeira introduzia o questionamento da própria atenção primária preventivista, que não conseguia romper a bolha

⁴³ OPS-OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. **Publicación Científica** nº 111. Washington: CENDES-Venezuela, 1965.

epistemológica do seu discurso crítico, mas hermético, autocentrado – o “dilema preventivista”, como batizou Sérgio Arouca (1975). Daí o caminho inevitável da articulação de formas de organização da população, como associações comunitárias, sindicatos dos trabalhadores e partidos políticos que manifestavam inconformidade e faziam oposição ao governo.

Na área previdenciária, com a incorporação de grandes contingentes de trabalhadores registrados e a estratégia de contratar maciçamente os serviços junto aos prestadores privados, o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS, 1977), através de alguns de seus dirigentes, buscava alternativas para estancar a sangria financeira do modelo privatista hospitalocêntrico. Essa crítica ganhava conotação política e resvalava para a questão da exclusão, pois os serviços só alcançavam os trabalhadores formalizados. Propunham, no interior da autarquia, um novo rumo para a organização da prestação dos serviços de saúde no país.

SUSTENTAÇÃO POLÍTICA

Desde a retomada do Projeto Montes Claros, foi construída uma articulação nacional em torno da sua implantação. Já a partir da apresentação do projeto em Belo Horizonte, em 1975, o Sérgio Arouca, então coordenador do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES/FIOCRUZ)⁴⁴, o Mário Hamilton, a Sonia Fleury e outros intelectuais que se projetavam na elaboração dos fundamentos teóricos de um novo sistema de saúde para o Brasil tiveram um papel fundamental em formar um arco de alianças, nas academias e nos serviços, transformando-o num polo de experimentação e discussão de propostas inovadoras.

O projeto se transformou numa vitrine para o nascente Movimento Sanitário. Isso fortaleceu a sua condução junto à Secretaria de Saúde de Minas, cujos quadros mais esclarecidos alimentavam o interesse do secretário, um político conservador que tinha ideias renovadoras para a reorganização dos serviços de saúde de Minas Gerais. Liderou um processo de regionalização, criando 14 novos Centros Regionais de Saúde. Essas instâncias, mais próximas dos municípios, deveriam exercer um papel de articulação e coordenação dos serviços de saúde espalhados nos 722 municípios de Minas Gerais.

Transformado numa caixa de ressonância para propostas reformistas, o projeto discutia não apenas a extensão de cobertura, através de serviços simplificados, mas como fazê-lo,

⁴⁴ Disponível em: <http://arch.ensp.fiocruz.br/uploads/r/escola-nacional-de-saude-publica-4/1/c/1/c1f8e1c53b4b594fcd0cb6811244115ebb3dbcdc147b21ed6e6384e3cd53aed/Texto_PESES_e_PEPPE_t_ranscritio_FINAL.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

envolvendo a população e discutindo a limitação do alcance da atenção primária e dos serviços de saúde, diante das mazelas ancoradas na pobreza e na miséria. Sobre a ampliação dos apoios, lembra Chicão:

Assim, a coesão e a relativa unidade interna da equipe, o apoio interessado das lideranças políticas regionais e a visibilidade estadual e nacional do Projeto Montes Claros nos possibilitou superar dificuldades que foram se apresentando. E procuramos ampliar cada vez mais nossas alianças com outros setores do governo estadual e com a Academia. (MACHADO, 2014, p. 170)

Mas há que se relevar os aspectos da inovação organizacional pretendida: a regionalização (ou sub-regionalização, representadas pelas APs), a hierarquização e o atendimento em rede (quando ainda se projetava o envolvimento da rede hospitalar), a operação de serviços por auxiliares de saúde oriundos dos locais onde os serviços seriam implantados (precursores dos agentes comunitários de saúde), a criação das áreas programáticas e dos módulos básicos (que continham a formatação da municipalização e do futuro distrito sanitário). Muitas das propostas já constavam no plano do IPPEDASAR, mas a necessidade de exorcização do instituto apresentou-as como novidade.

As obras previstas no planejamento do projeto eram operacionalizadas pelas prefeituras: a construção de centenas de postos de saúde, reformas e construção de dezenas de centros de saúde, obras de melhorias habitacionais (para o controle do vetor da doença de Chagas). A parceria muito próxima com o PIASS, que tinha a sua secretaria técnica coordenada pelo Chicão, permitiu encaminhar a solução de um problema crucial na região, com a implantação maciça de sistemas simplificados de abastecimento de água na zona rural, em distritos e povoados. Em alguns lugares, são os únicos que existem até hoje. Nesse trabalho, lembro-me da importância da atuação de um técnico cedido pela FSESP, o Dealtagnan Azevedo Coelho.

A implantação do Internato Rural representou um reforço na relação política do Centro Regional de Saúde com a UFMG e, por meio dela, com outras universidades públicas.

Diante de ameaças políticas de parlamentares, secretários e governos estaduais que foram se sucedendo, durante os anos de 1977 a 1981 busquei e consegui mobilizar os prefeitos em defesa da continuidade do Projeto Montes Claros. Afinal, nunca tinham visto tantas obras e benefícios sem a necessidade do comprometimento de apoio político-eleitoral. Nas inaugurações, eles se atribuíam a viabilização dos recursos e das obras, embora nunca tivessem interferido na sua localização. Foram poucos os casos de desvios de recursos, contrariando-se a ideia corrente de que o nível municipal seria o mais corrupto.

Foi, ao mesmo tempo, uma contradição o apoio simultâneo das “esquerdas sanitárias” e de um arcabouço político regional conservador, articulado em torno de prefeitos e outras lideranças municipais. A respeito disso:

O significado do Projeto de Montes Claros não foi meramente o produto de circunstâncias favoráveis. Seus atores criaram ativamente as oportunidades que essas circunstâncias lhes ofereceram, e souberam tirar proveito delas. Criaram essas oportunidades, através de diversos estratagemas, entre as quais se destaca a articulação política, aparentemente contraditória com as tradicionais forças políticas regionais, e ao mesmo tempo com as forças inovadoras da área da saúde ao nível nacional, fazendo do Projeto uma experiência de planejamento estratégico ‘*avant la lettre*’. (STRALEN, 1995, p. 172-173)

Na prática, a participação de auxiliares de saúde e demais trabalhadores, como médicos e pessoal administrativo, tinha um caráter mais formal, burocrático, ainda que os supervisores ou técnicos do CRS tentassem provocar um clima de questionamento e discussões em torno das relações de trabalho. Em algumas reuniões, nas quais os auxiliares de saúde procuravam envolver a população, eram mais frequentes as reclamações sobre falta de medicamentos e outros insumos, a carência de médicos ou a dificuldade para internações em hospitais das cidades-sede da área programática. É claro que os problemas cotidianos na área da saúde, os atendimentos individuais, sobrepunham-se à politização com que queríamos solucionar todos os problemas relativos à desigualdade social.

As reuniões de área programática, da qual participavam trabalhadores dos módulos básicos correspondentes, eram ainda mais esvaziadas; a tentativa de montar conselhos de usuários nos MBs e APs sofria de algum grau de desinteresse, e só a nossa insistência garantia alguma presença. É como se a população percebesse que a situação de opressão e de miséria a que estava submetida não se resolveria com uma (a nossa) intervenção institucional. Ela preferia, então, se agarrar ao que pudesse ser oferecido como melhoria para o precário atendimento à saúde de que dispunha.

O Internato Rural da UFMG teve um papel interessante nesse processo. Os estudantes, ou porque alguns fossem politizados, ou porque desejassem melhores condições de trabalho, provocavam reuniões acaloradas em que, diante dos servidores e de moradores, denunciavam a falta de vacinas, medicamentos e outros insumos de equipamentos de uso cotidiano, ou o absenteísmo dos médicos.

Eu, como supervisor do Internato Rural e diretor regional de Saúde, era o alvo próximo das queixas e cobranças. Passei a contar com uma supervisão permanente e crítica, sentindo de perto o papel contraditório de ser o representante institucional, tendo de exercer algum grau de

mediação, e ao mesmo tempo impotente diante das múltiplas demandas. (A frase do professor Clóvis Salgado soava na minha cabeça como uma praga: eu estaria já passando de incendiário a bombeiro?)

Figura 15. Recebendo o professor Maneco Ferreira em Montes Claros, 1978



Fonte: Acervo pessoal

Mas os próprios estudantes ajudavam na solução de alguns problemas. Nas viagens a Belo Horizonte ou Montes Claros, demandavam diretamente o CRS, levando as questões sobre suprimentos e funcionamento das unidades. Procurei reforçar as supervisões, pressionei mais o nível central da Secretaria de Saúde, agilizei o processo de aquisição de itens. Fui ajudado com a implantação de um serviço de rádio amador pela universidade, pois muitos municípios não dispunham de uma rede de telefonia.

As reuniões, sobretudo quando contavam com a participação dos estudantes legitimados pelo atendimento, conseguiam reunir funcionários e usuários, e me fizeram refletir sobre duas ordens de questões: a primeira era a constatação de que a melhoria dos serviços era mais eficiente para reunir e motivar/mobilizar a população. A segunda, difícil, mas evidente, era a de que o fôlego dos serviços de saúde era insuficiente e incapaz de mudar as estruturas arcaicas de dominação social e política na região atrasada, que era a matriz do projeto.

Comecei a avaliar, junto a um grupo de supervisores, o quanto a participação extrainstitucional em espaços da sociedade civil, bem como o processo político-partidário e a atuação nele, era importante se se miravam transformações efetivas na vida das pessoas, das comunidades e da própria sociedade. Esse aprendizado me ajudou a definir rumos para a minha vida.

SOB NOVA DIREÇÃO OU NOVOS RUMOS?

Quando o Chicão resolveu aceitar, por indicação do secretário de Saúde de Minas Gerais, a coordenação técnica do Grupo Técnico Executivo Interministerial (GEIN) do PIASS, nos sentimos meio órfãos. O espaço se abriu com a substituição na função do dr. Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), então coordenador da secretaria técnica do PIASS. Esse ilustre sanitarista, que eu conheci em 1974 em Londrina (PR), coordenando um projeto de atenção primária em saúde, desgastara-se nas disputas entre os ministérios integrantes do PIASS, os da Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Planejamento. Esses embates na condução do programa acabaram gerando a sua paralisia. As instituições de maior peso na estrutura do Ministério da Saúde – a FSESP e a SUCAM –, temerosas com a perda ou diluição do seu peso institucional, ajudaram a configurar a situação de crise.

O ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado⁴⁵, trouxe de São Paulo uma equipe com ideias mais arejadas, coordenada pelo dr. José Carlos Seixas, ex-jucista⁴⁶, que viu nessa escolha uma oportunidade para superar os impasses. O secretário estadual de Saúde de Minas, Dario de Faria Tavares, no meu entendimento, viu na ocupação dessa função estratégica a possibilidade de assegurar novos investimentos para o Projeto Montes Claros, cuja área de abrangência se sobrepunha, em grande medida, à área mineira do Polígono das Secas, abrangida

⁴⁵ Fonte: <<https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/quem-foi-paulo-de-almeida-machado/>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

⁴⁶ Denominação dada a participantes do movimento católico, Juventude Universitária Católica (JUC).

pelo PIASS. Há que se levar em conta, ainda, a aproximação do término do acordo e dos recursos provenientes da USAID.

A essa altura, o secretário, que estruturava sua candidatura a deputado federal, já não estava tão interessado na “vitrine” da sua gestão. Estava mais preocupado em transformar em apoio político a grande quantidade de obras realizadas. Ele tinha fortes vínculos políticos em Montes Claros e região, onde nascera sua esposa, d. Júlia Tavares.

Chicão condicionou sua ida para Brasília à indicação do seu substituto na direção do CRS e na coordenação do Projeto Montes Claros. O processo de escolha de nomes que poderiam substituí-lo foi tenso e desgastante. Parte da equipe preferia o nome de José Agenor Álvares da Silva ao meu. Ele estava há mais tempo na equipe e teria mais proximidade com o estilo administrativo do Chicão. Como ele mesmo registrou:

Assim levei para opção de escolha do Secretário os nomes do Agenor e do Saraiva. Dr. Dario já conhecia os dois supervisores e optou pelo Saraiva. Sei que a opção veio a causar desconfianças de que apoiara o nome do escolhido e isso gerou um certo desconforto inicial na equipe e entre Agenor e eu. Desconfianças absolutamente infundadas, muito embora, hoje eu tenha a certeza de que a escolha foi muito boa para nós no PIASS e para o Projeto Montes Claros. Porque a contribuição dada pelo Agenor à condução do PIASS, quando consegui sua incorporação à Secretaria Técnica do GEIN e a atuação do Saraiva como Chefe do Centro Regional de Saúde de Montes Claros foram decisivas, para o sucesso de ambos, os projetos. (MACHAD, 2014, p. 190)

Dentro desse clima de desencanto de parte da equipe, Mário Hamilton ponderou comigo acerca do risco representado pelo término dos recursos extraordinários. A manutenção da extensa rede de serviços implantada ou em fase de implantação estava fora do alcance do orçamento estadual.

Figura 16. Reunião de supervisores do Centro Regional de Saúde, 1977



Legenda: Saraiva Felipe é o primeiro à direita, seguido de Agenor Álvares; logo depois, Heliomar e, na ponta esquerda, Vicente. Fonte: Acervo pessoal

Encaminhados os dois nomes, o meu e o do José Agenor, a minha nomeação foi publicada no Diário Oficial do Estado. O argumento do secretário foi o de que ele preferia a escolha de um médico, devido aos vínculos que possuía com a corporação e por esperar apoio político dos colegas. Ao assumir, decidi atenuar os conflitos com a Secretaria de Saúde, o que causou um mal estar na minha relação com o Chicão e alguns colegas da equipe. Mas eu precisava reunir forças para garantir a sobrevivência financeira do projeto. Essa era a minha preocupação principal. Em um desses momentos de refazimento de estratégias, quando da substituição do Chicão por mim, em 1977, a pesquisadora Lenaura Lobato assinala que o Projeto passa

a enfrentar tanto o acirramento dos problemas políticos quanto dificuldades internas para a sua implementação. Em 1977, os recursos já eram escassos, comprometendo a manutenção da rede e dos serviços. Ademais, as eleições de 1976 haviam trazido mudanças nas prefeituras, antes aliadas ao CRSMOC. Nesse ano, uma reunião de assessores do projeto (Mário Hamilton, Sérgio Arouca, Pellegrini e membros da UFMG) já identificava enfrentamentos políticos mais acirrados e “foram substituindo a luta intra-burocrática por uma luta extra-burocrática favorecida pela abertura política” (STRALEN, 1985:139). (LOBATO, 1995, p. 87)

Comecei a considerar o processo sumário da minha escolha, sem nenhuma conversa prévia, nenhuma recomendação. Nas rodas políticas de Montes Claros, circulava o nome do dr. Pedro Santos, médico e liderança udenista⁴⁷ da cidade, que havia sido prefeito por dois mandatos. Sopesei que a substituição do Chicão poderia ser perpetrada em dois tempos. A minha nomeação atendeu ao Chicão, que assumiu o cargo em Brasília. A sua saída pareceu-me o que os americanos chamam de queda para o alto, de forma a abrir espaço para o projeto político do secretário. No momento seguinte, eu seria substituído.

Convencido disso, e como é da minha índole, não paguei para ver. Procurei o prefeito de Montes Claros, Antônio Lafeté Rebello, um líder regional, e me apresentei como o novo diretor. Ele ficou surpreso, porque o órgão tinha muita visibilidade e ele de nada sabia. Tratou-me com a usual deferência e pediu-me que voltasse à sua casa dois dias depois. Foi o que fiz.

Ao chegar, estavam ele e o deputado federal Humberto Souto, o mais votado na cidade. Cheguei com o meu uniforme da época: calça jeans, camisa listrada, uma bolsa de couro cru a tiracolo e uma sandália, também de couro. O rosto lambido, com uma barba rala que eu confiava esperando que parecesse com a do Ho Chi Minh⁴⁸. Escutei pacientemente a esculhambação do

⁴⁷ Relativo à pessoa filiada ao antigo Partido União Democrática Nacional.

⁴⁸ Ho Chi Minh (Kiem Lan, 1890–Hanói, 1969) foi um revolucionário, político, escritor, poeta e jornalista vietnamita. Também conhecido por seu nome de batismo Nguyễn Sinh Cung e pelo pseudônimo Nguyen Ai Quoc,

deputado (atual prefeito de Montes Claros), com o seu habitual rompante. Inquiriu-me sobre como era possível a nomeação de um forasteiro para um projeto daquela envergadura, ainda mais – e olhou-me não sei se dos pés à cabeça ou se de cima para baixo – um comunista, do grupo de esquerdistas que infestavam a cidade sob o comando do Chicão.

Referindo-se à presença de muitos estrangeiros no projeto, representando organismos internacionais e assessores contratados, em geral profissionais competentes que tiveram que deixar seus países por perseguições políticas, disse-me que o Regional estava infestado de expatriados. A sua opinião refletia a das elites da cidade. Quando pude me manifestar, disse com calma calculada: – Prefeito Toninho e deputado Humberto, tanto quanto os senhores, fiquei surpreso com a minha nomeação repentina. O doutor Dario não conversou comigo nem antes nem depois da publicação do ato.

Destilei o veneno, que eu sabia fatal: – O que eu acho é que a minha nomeação é provisória. Doutor Dario, como udenista histórico e candidato a deputado federal, gostaria de nomear o dr. Pedro Santos, que tem melhores condições de ajudá-lo nas eleições do próximo ano. A conversa esfriou. O prefeito, com quem eu mantinha relações cordiais, olhou para o deputado e fez um gesto para acalmá-lo. Despediram-me. Iriam fazer o cálculo político das perdas e ganhos. Da parte deles não se falou mais sobre mudanças na direção do Centro Regional de Saúde. A conversa foi esfriando nos círculos médicos da cidade. Algum tempo depois, já bastante próximo do deputado federal Dario Tavares, ele comentou comigo que havia pensado em nomear o dr. Pedro Santos para o lugar do Chicão, o que talvez lhe garantisse os votos, que ele não teve, em Montes Claros e região.

Fiquei calado, e ele perguntou:

– Saraiva, o que você fez?

Fiz cara de desentendido, ou de besta⁴⁹, como se diz no Norte de Minas. Ele continuou: – Quando levei o nome do Pedro para o governador Aureliano Chaves, ele me disse que não poderia nomeá-lo. O prefeito de Montes Claros, e junto a ele muitos outros da região, havia pedido para que você ficasse no cargo, porque vinha fazendo um bom trabalho. Essa também foi a posição do deputado Humberto Souto. Olhou-me de soslaio, como jogador astuto da política, com ar de simpatia, como quem tivesse alguma premonição. Ainda bem que o assunto morreu.

Ho foi um dos principais responsáveis pela libertação do Vietnã do colonialismo francês e imperialismo norte-americano durante o século XX.

⁴⁹ Expressão popular regional que se refere a fingir desconhecer um assunto, fato, interpretação.

Ao me sentir seguro na direção do CRS e na coordenação do Projeto Montes Claros, em julho de 1977, vi-me diante de dois desafios. O primeiro era recuperar o ânimo da equipe, abalada pela ida do Chicão para Brasília; o segundo, recompor o grupo, pois o José Agenor acompanhou o Chicão, e o Délcio se engajou no atendimento à população num centro de saúde, e passou a se dedicar à atividade docente na Faculdade de Medicina de Montes Claros.

Recompus a equipe com o enfermeiro José Márcio Girardi de Mendonça e os médicos José Luiz Félix da Cunha e Veneza Berenice de Oliveira, companheiros do movimento estudantil da UFMG. A partir do início de 1978, os supervisores do Internato Rural foram contratados como supervisores do CRS. Fui designado pelo secretário de Saúde, ainda, coordenador da equipe técnica do PIASS em Minas Gerais. Aos 25 anos de idade, seis meses depois de formado, pesava-me sobre os ombros a responsabilidade de substituir um ícone do Movimento Sanitário Brasileiro.

Através do Eugênio Vilaça, continuei atenuando as divergências com o nível central da Secretaria de Saúde e estabeleci um relacionamento com a Faculdade de Medicina de Montes Claros, onde passei a lecionar a disciplina de Saúde Coletiva. A crítica interna me acusava de estar cedendo às ingerências do nível central, sobretudo depois de acatar a sugestão feita pelo secretário de substituir o chefe do almoxarifado regional, o Amauri, pessoa muito próxima do Chicão. Eu precisava diminuir atritos para dar outros passos no fortalecimento do projeto e na direção da política municipal e regional. Segundo Lenaura Lobato (1995), que lastreou o seu artigo numa pesquisa com integrantes da equipe do projeto, auxiliares de saúde e lideranças políticas locais e regionais, apoiadores e adversários do nosso trabalho:

É importante considerar também nessas diferentes fases da estratégia as características pessoais e concepções políticas próprias dos dois diretores, o que é unânime nos depoimentos coletados pela pesquisa. A Chicão é atribuída uma personalidade criativa e um descompromisso com interesses próprios ou pessoais. Já Saraiva é reconhecido como tendo enorme capacidade de articulação política, sendo mais pragmático e realista. Enquanto o Chicão preferia o conflito, Saraiva escolhia a negociação, o que foi fundamental para a expansão do trabalho político em Montes Claros. (LOBATO, 1995, p. 88)

Reforcei os laços com os sanitaristas no plano nacional. Por sugestão do Sérgio Arouca e do Mário Hamilton, consegui a permanência em Montes Claros do dr. Alberto Pellegrini Filho e contratei uma nova consultoria, a do sociólogo Leopoldo Halperin, um argentino competente e divertido, que havia deixado o seu país após o golpe militar de 1973.⁵⁰ Acelerei as obras da

⁵⁰ Ditadura da Argentina que durou de 1976 a 1983. Disponível em: <http://www.usp.br/memoriaeresistencia/?page_id=239>. Acesso em: 31 mai. 2021.

nova sede do CRS, já adiantadas, e fiz de sua inauguração um evento político, que contou com a presença do governador, Aureliano Chaves, do secretário de Saúde, Dario Tavares, da equipe do PIASS, de sanitaristas de várias regiões do país, prefeitos, autoridades e lideranças regionais.

Em pouco tempo a sinergia foi absoluta com o PIASS. Com recursos desse programa, pude planejar e executar a instalação de 92 serviços simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais e um alentado programa de construção de fossas sépticas. Essas novas obras, numa área tão sensível como o suprimento de água na região, fez o apoio dos prefeitos ao projeto. Quase não houve problemas com a execução e prestação de contas dos municípios, ao contrário da opinião de órgãos centrais, como o Departamento Estadual de Obras Públicas (DEOP), incomodado com a autonomia conquistada pelo projeto.

Ampliei o apoio da UFMG por meio do professor João Carlos Pinto Dias, que retomou na região o Programa de Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas, e com a implantação do Internato Rural na região. Em 1977, recebi a visita de uma comitiva de professores composta pelo Francisco Campos, Luiz de Paula Castro (diretor da Faculdade de Medicina), Benedictus Philadelpho de Siqueira e do Reitor da UFMG Eduardo Osório Cisalpino, para discutirmos a implantação do Internato.

A relação com o PIASS foi facilitada pela presença na sua equipe técnica do Chicão, do José Agenor, do Eric Rosas e do Ricardo Scotti. Este último havia sido responsável por uma área na Secretaria Estadual que acompanhava o Projeto Montes Claros desde o início de sua implantação.

Lembro-me da reunião em outubro de 1978, organizada em fina sintonia com o PIASS, que contou com a presença de todos os secretários de saúde do Nordeste, dos coordenadores técnicos das equipes estaduais, dos componentes da secretaria técnica e dos representantes dos ministérios integrantes do programa. Conseguimos ajudar a aprovação da proposta de trabalho apresentada pelo Chicão, que colocou em segundo plano as tentativas de intervir no desenvolvimento do programa, considerado independente demais pelos tradicionais detentores do poder institucional do Ministério da Saúde. Mais uma vez funcionou a estratégia de buscar aliados através da execução intensiva de obras.

Na oportunidade, com a ajuda do pessoal administrativo do CRS, criei um painel luminoso, cujas cores diferentes eu acionava sobre o mapa do Norte de Minas, à medida que anunciava os feitos: 55 centros de saúde, 162 postos de saúde, 92 sistemas de abastecimento de água em implantação. A engenhoca, instalada sobre uma enorme placa de Eucatex, era uma profusão de luzes e cores, e, em tempos analógicos, foi capaz de impressionar os participantes, dessa importante reunião, para os destinos do PIASS. Prevaleceu a ideia da implantação

simultânea do programa nos dez Estados componentes da área da SUDENE. O Projeto Montes Claros passou a ser campo de estágio para os coordenadores estaduais do programa.

Essa expansão ágil colocou estrategicamente novos atores em cena, os secretários de Saúde dos estados e os governadores nordestinos, a cobrar agilidade na implantação das obras previstas. Isso deixou em segundo plano as disputas até ali centradas na representação dos ministérios no PIASS, e dentro do Ministério da Saúde levaria de roldão as resistências dos órgãos que tradicionalmente detinham o “poder técnico” no ministério.

A estratégia foi a mesma desenvolvida pelo Projeto Montes Claros. Uma corrente técnica da Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais propunha implantá-lo em etapas, começando estrategicamente pela AP 7. Testado e aprovado, o modelo seria estendido às outras microrregiões (ou APs). A tese defendida pelo Chicão e pela equipe regional era iniciar os trabalhos em toda a extensa região do Norte de Minas.

Essa decisão, politicamente, era bem-vista pelo secretário Dario Tavares. Ao ser adotada, ganhou o apoio do conjunto dos prefeitos e de outras lideranças locais e regionais, que se sentiram contempladas com o grande volume de obras previstas no projeto. Esses novos atores políticos, e o êxito na agilidade da implantação dos serviços, contribuíram para blindar o trabalho e a equipe por ele responsável.

Uma das críticas feitas ao Projeto Montes Claros recaí sobre o caráter contraditório da sua sustentação política. Os apoios vinham simultaneamente das “esquerdas sanitárias”, ou do movimento sanitário, e dos setores atrasados da política tradicional da região. Da minha parte, eu tinha consciência de que precisava me equilibrar entre múltiplos apoios, que garantiam o grau de autonomia para a continuidade do trabalho, bem como para salvar o meu próprio pescoço.

Ao mesmo tempo, parte da equipe – eu, inclusive – tecia laços com a oposição política de Montes Claros e de alguns municípios da região. Dávamos suporte à criação de sindicatos de trabalhadores rurais e outras formas associativas da sociedade civil. A Associação dos Auxiliares de Saúde do Norte de Minas foi criada em 1979, com a ajuda da equipe do CRS.

Enfrentei as críticas de que estava cedendo ao burocratismo, porque o meu foco era a luta tenaz pela busca de nova fonte de financiamento, na iminência do término dos recursos da USAID. Eu mirava no cofre do INAMPS, a única chance para a salvação do projeto. Pouca gente acreditava nessa solução até aquele momento inédita, apesar das muitas pressões, inclusive de alguns técnicos daquele órgão. A propósito, assinala a pesquisadora Lenaura Lobato:

As gestões de Francisco Machado e José Saraiva Felipe marcariam dois momentos ou fases diversas na consecução da estratégia desenvolvida em Montes Claros, decorrentes de mudanças no interior do Projeto, determinadas por alterações na conjuntura política e nas relações de poder entre os diversos atores relacionados ao Projeto. Essas reformulações ocorrem não no conteúdo da estratégia – a criação de um espaço não hegemônico de poder via setor saúde, mas sim na forma de atuação política e no “*locus*” privilegiado para essa atuação. Em um primeiro momento – a gestão de Francisco Machado – a atuação política se dá no sentido de colocar em prática um modelo alternativo de assistência à saúde baseado na participação e conscientização popular. E o “*locus*” privilegiado era o próprio Projeto, a partir e em função do qual as relações políticas se estabeleciam. Já em um segundo momento, – a gestão de José Saraiva – a atuação passa a se dar no sentido da organização democrática de segmentos sociais da sociedade, por onde passaria a conscientização em saúde, com vistas à sua adoção ao nível nacional. O “*locus*” privilegiado deixa assim de ser exclusivamente o Projeto e passa a ser concomitantemente a sociedade civil e as instituições do Estado. (LOBATO, 1995, p. 86)

Reuni-me muitas vezes com os prefeitos alertando-os acerca do fim dos recursos especiais resultantes do financiamento da USAID. Mostrei-lhes as terríveis consequências do fechamento de centros, postos de saúde e outros serviços, com a demissão maciça de pessoal. Apresentei como solução uma pressão política para que conseguíssemos recursos do INAMPS.

O Movimento Sanitário Brasileiro denunciava a ameaça de interrupção do projeto como retaliação à sua condução. Eu viajava frequentemente país a fora, convidado para falar sobre o projeto, e aproveitava para jogar mais lenha nessa fogueira.

Na iminência da desativação da extensa rede implantada, organizei a manifestação dos prefeitos, acompanhando-os em audiências com o secretário de Saúde, também preocupado com o enorme desgaste, sobretudo em um ano eleitoral. Junto a ele, levamos a situação ao governador Aureliano Chaves, um político em ascensão dentro do regime, tanto que acabou escolhido como vice-presidente na chapa do general Figueiredo no simulacro da eleição indireta pelo Congresso.

Encaminhada à audiência com a direção do INAMPS, a proposta para que aquele instituto financiasse o custeio do projeto foi rechaçada pela direção do órgão. A alegação era a cantilena de sempre: os recursos previdenciários destinados à saúde o eram no modelo de seguro social; não poderiam ser utilizados no atendimento geral à população. Ensinavam-me que, se vigesse o regime da seguridade social, a história seria outra. Eu contava com aliados na direção do INAMPS, os mesmos que haviam propugnando pelo pronto atendimento público-privado indiscriminado em caso de urgência e emergência (PPA) e que consideravam insustentável o modelo privatista e hospitalocêntrico que vigia na atenção à saúde previdenciária. Lembro-me do doutor Nildo Aguiar e do doutor Hugo Alquéres, considerados cardeais da previdência, que amenizavam o clima agressivo das primeiras reuniões.

Aumentei o ritmo das pressões até que os dirigentes do órgão fossem ameaçados de substituição. Isso foi feito pelo governador de Minas, que, durante um encontro com prefeitos e o secretário de Saúde, do qual participei, ameaçou por telefone pedir a substituição dos dirigentes do INAMPS. Com seu jeito inopinado de se expressar, tachou a reticência dos dirigentes como uma desconsideração para com ele.

Ao mesmo tempo as lideranças do movimento sanitário difundiam a iminente desativação do projeto como retaliação política à forma como vinha sendo conduzido desde a sua implantação, três anos antes. O convênio foi arrancado politicamente, em fevereiro de 1978, pela aliança, muitas vezes caracterizada de contraditória e até espúria, de forças conservadoras e progressistas. (Eu me lembrava do apelido de Deng Xiaoping e sua célebre frase: “Independentemente da cor do gato, o importante é que ele cace ratos”). De forma inusitada e inédita, o INAMPS passou a financiar um projeto de extensão de cobertura aberto a toda a população do Norte de Minas. A modalidade do financiamento era por estimativa de custos. O texto do convênio foi levado ao presidente do INAMPS por um portador e, assinado, retornou a Minas.

Pensei em fazer um alarde em torno dessa solução. Mas o secretário Dario Tavares me alertou que isso poderia impedir a sua implementação, na medida em que outros estados poderiam rapidamente reivindicar o mesmo tratamento. Mas técnicos da própria Previdência fizeram com que os termos do convênio vazassem.

Essa conquista (ou legado) foi fundamental para que, através do precedente, fosse destravada a discussão e toda a rede do PIASS passasse a ser financiada pelo INAMPS na mesma modalidade. Isso abriu o caminho para a implantação das AIS em todo país. Só esse fato bastaria para assinalar a importância do Projeto Montes Claros para a construção institucional do SUS.

A assinatura do convênio salvador com o INAMPS fortaleceu a minha posição junto ao governo do estado, mas açulou o apetite pela direção do CRS de Montes Claros, “o órgão mais rico da região”.

Para ilustrar equívocos em relação às concepções de participação comunitária, cito dois episódios. No primeiro, o assessor da OPAS junto ao Projeto Montes Claros, um peruano de boa índole e que se tornou um amigo, Jorge Carbajal Herrera, convidou-me para “ver” o trabalho de participação comunitária que ele vinha desenvolvendo no distrito de São João, o maior do pequeno município de Mato Verde, acessível por uma estrada poeirenta de 200 km.

A reunião marcada para uma manhã de sábado na escola local me impressionou. Muita gente: crianças, jovens, alguns homens e muitas mulheres. O Carbajal, no seu portunhol pouco

inteligível, tomou a dianteira. Comunicou que ali estava “*el director do gran Proyecto Montes Claros, un médico muy interesado en la participación comunitaria*”.

Passou a perguntar, num ritmo e tom que me pareceram ensaiados: “*Quien gusta del proyecto?*”. Todos, até as crianças, levantaram as mãos quase automaticamente. Meu amigo continuou falando sobre *el proyecto*, a importância do saneamento (que eles não tinham), do sistema de adução e distribuição de água prestes a ser implantado, que diminuiria as doenças de veiculação hídrica, das atividades de expurgo e melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas etc. Impressionou-me a sua peroração sobre *el barbero*, inseto que ao mesmo tempo é hospedeiro e transmissor do mal. (Nada mau para um antropólogo de formação.)

De vez em quando, ele interrompia a *charla* e perguntava: “*Le gustan esas cosas?*”. Todos assentiam balançando a cabeça. Uma das mulheres tomou a palavra. Disse que ia a uma fonte distante para buscar latas de água nos braços e na cabeça para o consumo da família. Ficou aliviada com a perspectiva de ter água encanada em casa.

Depois de muito tempo, coube a mim usar da palavra. Agradei as muitas presenças, ao Carbajal pelo esforço para informar e mobilizar a comunidade presente naquela representativa reunião, e reconheci que não me restava muito a falar. Recebi uma entusiástica salva de palmas.

Antes de a reunião terminar, o Carbajal retomou a palavra e anunciou: “*Ahora vamos a tener el lance*”. Quase todo mundo olhou na mesma direção. Por duas portas laterais, as professoras da escola entraram com bandejas com copos plásticos de refrigerante e muitas, muitas cestas com pães com salame e salgadinhos. As crianças e os jovens avançaram nas mesas, secundados pelos pais, o que levou o Carbajal a advertir: “*Calma, calma, hay para todos*”. Eu me servi, estava mesmo com fome.

Minha emotividade, que anda sempre à flor da pele, traduziu-se no embaçamento dos olhos. Meu anfitrião continuou: “*Estás emocionado. Te gustó la reunión!*”. Assenti com a cabeça enquanto pensava no quanto a fome podia mobilizar as comunidades famélicas do país. (Estávamos longe do Bolsa Escola, do Bolsa Família ou do que mais me agrada, e ainda é apenas uma proposta, a renda cidadã universal.)⁵¹

O segundo episódio ocorreu em outra oportunidade, quando recebi a visita programada de alguns técnicos da área de educação para a saúde do ministério e, se não me falha a memória,

⁵¹ Referência a programas de governo que visam a condições mínimas de sobrevivência para as populações mais carentes. Para saber mais sobre os programas Bolsa Escola e Bolsa Família: <<https://bolsa-familia.info/bolsa-escola.html>>. Sobre a Renda Universal Cidadã: PARIJS, Philippe Van. Renda básica: renda mínima garantida para o século XXI?. Ética e Economia. **Estudos Avançados**. 14 (40). Dez 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/4vrMYMq4WCSZZ5xb3nJfGMj/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

algum técnico da OPAS, compondo um grupo de quatro pessoas. Enviei um carro ao aeroporto e fiquei esperando no Centro Regional de Saúde. Em torno das 10h nos reunimos. O pessoal estava com pressa, queria “ver” a participação comunitária num município próximo, já que voltariam a Brasília num voo à tardinha. Indiquei o município de Jequitaiá, a meio do caminho da estrada asfaltada – coisa rara – entre Montes Claros e Pirapora. Liguei para a Teresa, uma auxiliar de saúde que era a parteira mais afamada da região (futura vereadora do município por vários mandatos). Pedi que os recebesse, os apresentasse o pessoal do centro de saúde e falasse sobre o seu trabalho, o treinamento que havia recebido em Porteirinha, os grupos de gestantes que vinha organizando.

O município de Jequitaiá ficava a cerca de uma hora de Montes Claros. Por volta das quatro da tarde, recebi a comitiva brasiliense de volta ao CRS. Haviam gostado da viagem e tinham admirado o trabalho da Teresa. Mas demonstravam alguma dúvida vaga sobre a participação comunitária. No caminho de volta tinham apreciado muito a carne de sol servida em um restaurante famoso à beira da estrada. Levei o grupo ao aeroporto, mas a minha intuição recomendou-me que ficasse com um pé atrás com esse pessoal. Não sabia se deveria temer a ingenuidade ou a má-fé. O tempo passou, eu me esquecera da visita. Um dia encontrei sobre a minha mesa um envelope lacrado, com o timbre de confidencial.

Vi-me diante de um relatório encaminhado pela área de educação para a saúde do MS. Li com atenção, e lembrei-me de alguns detalhes da tal visita. Depois de muitos elogios à organização dos serviços no município, ao trabalho da Teresa com as gestantes etc., o relatório concluía: chegamos ao Centro de Saúde de Jequitaiá às 11:30 horas. Ficamos até as 15h. O pessoal falou muito sobre a importância da participação comunitária. Mas não “vimos” a participação comunitária.

Como me era solicitada a devolução do documento com comentários, fiz um relatório formal e lacônico, concluindo: “O período de 11:30 às 14:00 horas é o horário de almoço da participação comunitária. Reconheço que é um pouco dilatado, mas ela incorporou o hábito da *siesta*.⁵² Afinal, a comida típica do Norte de Minas é muito saborosa, mas um pouco gorda e calórica. Mas agrada em cheio aos visitantes”.

A Olívia Queiroz, responsável pelo apoio administrativo, trouxe o rascunho às gargalhadas, procurando certificar-se de que era mesmo para enviar o relatório naqueles termos. Disse que sim. Até hoje aguardo a réplica dos caçadores da participação comunitária.

⁵² Tradição de origem mediterrânea de cochilar após o almoço.

INTERNATO RURAL: INICIATIVA PIONEIRA

Através dos meus contatos na Faculdade de Medicina da UFMG, particularmente com o professor Francisco Eduardo Campos, que voltara à docência na casa para se incumbir da implantação do Internato Rural, ofereci a área do projeto como matriz dessa iniciativa pedagógica ousada. Ele retornava da residência em Medicina Preventiva e Social na UNICAMP e do mestrado em Medicina Social na UERJ, sendo muito próximo aos grupos de Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro.

Ele havia sido desafiado pelo diretor da Faculdade de Medicina, Benedictus Philadelpho de Siqueira, a implantar o que nós mesmos havíamos proposto em 1974. Isso foi possível porque a FM voltara, a partir de então, a ter a duração do seu curso médico de 6 anos, incluindo o Internato Rural (MAGRO FILHO; CAMPOS, 1979).

Figura 17. O “time” do Internato Rural



Legenda: Na primeira fileira, da direita para a esquerda, os professores Edson Correia, Antônio Dilson, Luiz de Paula Castro e Benedictus Philadelpho. Na segunda fileira, o professor Francisco Eduardo Campos. Na terceira fileira, da direita para a esquerda, os professores João Amílcar Salgado e José Saraiva Felipe. Fonte: Acervo pessoal

Nos anos anteriores, houve uma autorização especial do MEC para acelerar a formação dos médicos no Brasil, concentrando a carga horária em 5 anos de curso. Nesse arranjo, o sexto ano médico começaria em 1978 com o Internato Rural, conforme a Reforma Curricular da Faculdade de Medicina, de 1974. Havia que alocar 160 estudantes, e a opção mais lógica foi direcioná-lo ao Norte de Minas, muito em função do caráter inovador do projeto ali desenvolvido, do qual eu havia assumido a direção em meados de 1977.

Depois de muitos contatos, recebi em Montes Claros, no final de 1977, os professores Francisco Eduardo Campos, João Baptista Magro Filho, Benedictus Philadelpho (diretor da Faculdade de Medicina), Luiz de Paula Castro (diretor escolhido da faculdade a partir de 1978) e Eduardo Osório Cisalpino (reitor da UFMG).

Acompanhei o esforço da direção da Faculdade de Medicina para a concretização de uma experiência inédita e audaciosa: colocar os estudantes em duplas, revezando-se a cada três meses, numa região a mais de 400 km de Belo Horizonte. A oposição veio tanto por parte das famílias temerosas de verem seus filhos em locais distantes quanto por meio das críticas dos docentes, sob a alegação de que, sem supervisão continuada, os estudantes estariam praticando exercício ilegal da medicina. Alguns alunos ensaiaram medidas judiciais contra o Internato, sem lograrem êxito, até mesmo porque mais da metade dos estudantes era a favor das mudanças, e se mobilizou nesse sentido.

Havia ainda a resistência da burocracia da universidade, assustada com as inéditas providências logísticas para conduzir os alunos, assegurar meios de comunicação e garantir uma estrutura mínima de supervisão para acompanhá-los. Não havia experiência nenhuma de como, por exemplo, hospedar e alimentar os estudantes, conduzi-los aos seus destinos e outras providências que parecem simples, *ex-post*. Nos municípios a resistência veio, sobretudo, de muitos médicos, que se sentiram ameaçados na sua prática privada.

A falta de recursos, motivada pela inexperiência institucional com uma iniciativa de tal porte, foi suprida, com criatividade, pela firme articulação entre a faculdade, o Centro Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde e as prefeituras municipais da região. A Faculdade de Medicina não tinha ideia de que necessitaria, por exemplo, de veículos para a supervisão, e por esse motivo um velho fusca era complementado pelas intrépidas Rurais Willys do Centro Regional. De alguma forma, a expansão dos serviços não podia prescindir dessa força de trabalho adicional e da legitimidade conferida por uma instituição de ensino de relevo.

É interessante assinalar que um projeto docente-assistencial dessa natureza tinha sido tentado com a Faculdade de Medicina de Montes Claros, hoje integrante da Universidade Estadual de Montes Claros (FAMED/UNIMONTES). O caráter privado da instituição, à época, deu força às resistências dos estudantes e docentes. A FAMED, como é natural, havia reservado para si a mais confortável das áreas programáticas do Norte de Minas, a AP 7, que era a única que contava com pavimentação asfáltica na região, facilitando deslocamentos e supervisões. Coube à UFMG as áreas mais difíceis. Atingir Montalvânia, Santa Fé de Minas ou Botumirim, por exemplo, exigia uma logística complexa; pouquíssimas dessas localidades possuíam rede de telefonia.

Através de um convênio tripartite, estabeleceu-se que a CRS/Secretaria de Estado de Saúde pagaria uma pequena bolsa aos estudantes; as prefeituras ficariam responsáveis pelo alojamento e alimentação deles; e a universidade cuidaria de montar um sistema de supervisão e acompanhamento.

O principal objetivo era colocar os alunos em contato permanente com a realidade, fazendo-os compreender, na prática, as limitações da tecnologia médica para dar conta das questões socioambientais ligadas à saúde, e a constatação de que eles poderiam resolver a maioria dos atendimentos sem a retaguarda de recursos tecnológicos sofisticados, especialmente do Hospital Universitário.⁵³ Esse foi um dos embriões da atenção primária em saúde, no que tange à resolução dos problemas sanitários com tecnologia apropriada, utilizando-se muito do cubo de Kerr White, que demonstrava que os alunos, num hospital na assistência quaternária, raramente teriam contato com as doenças mais prevalentes na população. A supervisão esporádica seria local, microrregional (nas sedes das áreas programáticas) e regional, em Montes Claros, privilegiando o recurso pedagógico da troca de experiências.

O Internato Rural, com a magnitude e o pioneirismo que teve, difundiu e reforçou a experiência do Projeto Montes Claros nos meios acadêmicos, que continuavam ainda distantes das discussões e mudanças que se operavam nos serviços. Passamos a ser acompanhados pela equipe do Programa de Preparação de Recursos Estratégicos de Pessoal de Saúde (PPREPS, 1976)⁵⁴, através dos doutores Carlyle Guerra de Macedo e Eleutério Rodriguez Neto.

A existência de uma supervisão de serviço e uma acadêmica desintegradas levava a problemas que ainda hoje são sentidos. Tentando minimizar essa dicotomia, inovou-se ao se contratarem supervisores médicos do CRS como docentes e docentes da UFMG como supervisores. Eu próprio passei a integrar o Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Encarregando-me da direção regional e da supervisão dos estudantes, passei a ter uma visão de conjunto acerca do funcionamento do projeto numa linha que ia de Montes Claros até as cidades e povoados abarcados. O Internato introduziu uma nova dinâmica, com mais cobrança em relação a suprimentos (medicamentos e outros insumos), evidenciando a falta de articulação entre a atenção básica e o atendimento hospitalar, além de gerar conflitos com prefeitos e outras autoridades locais.

Como diretor do PIPSSNM e supervisor do Internato Rural, pude acompanhar o processo *in loco*, supervisionando os estudantes em algumas cidades. Passei a ter uma visão de conjunto numa linha que ia de Montes Claros até cidades e povoados. O internato introduziu

⁵³ Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/sobre-o-internato/>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

⁵⁴ Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ppreps.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

uma nova dinâmica, com mais cobrança em relação a suprimentos (medicamentos e outros insumos), tornou evidente a falta de articulação entre a atenção básica e o atendimento hospitalar e gerou conflitos com prefeitos e outras autoridades locais.

As críticas ao mandonismo local tornaram-se inevitáveis. Eu era duplamente cobrado, como responsável pelos serviços de saúde e como professor colaborador do Internato Rural. O projeto passou a contar com uma supervisão em tempo integral e, muitas vezes, com dedicação exclusiva. Ao visitar os estudantes, dividir com eles a mesma hospedagem, discutir questões novas que eles me traziam, fiz um curso intensivo sobre política local e deficiências no funcionamento dos serviços. Aprendi muito sobre as suas inseguranças em relação ao seu futuro profissional e pessoal, e refletia sobre isso:

Depois de acompanharmos o trabalho de cerca de 750 internos, atentos para a inserção do estudante nas equipes de saúde, afigura-se-nos difícil a tentativa de esquematizar as formas observadas de interação, absorção (acomodação), ou conflitos que foram evidenciados. As combinações mais variadas se dão nos sucessivos trimestres em que os internos se revezam nas dezenas de serviços [...] apresentam, genericamente, três tipos de postura. A primeira e mais comum, é aquela do estudante que procura cumprir o seu estágio numa perspectiva expectante [...], a segunda atitude é representada [...] pelo estudante previamente entusiasmado com a proposta [...] a terceira (minoritária) é a do estudante francamente hostil ao cumprimento da obrigação curricular [...] que atrapalha a especialização precoce já iniciada em Belo Horizonte ou o “fazer a cama” para conseguir a residência médica desejada. (SARAIVA, 1980, p. 3)

Apesar da tensão – e da pressão –, creio que aprendi mais do que ensinei. Nunca foi mais verdadeiro o dito de Guimarães Rosa: “Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende” (ROSA, 1986, p. 326). Certo é que o Internato Rural da UFMG inspirou a inclusão do modelo em muitas outras universidades, ganhou o concurso de outros departamentos da faculdade, espalhou-se por outras regiões do estado, fortaleceu a sua estrutura logística e de docência e consolidou-se como o caminho mais apropriado para colocar o aluno em contato com a realidade dos serviços e o funcionamento das relações sociopolíticas visto de dentro, durante os três meses de sua duração.

Com relação ao projeto, o ganho de qualidade no atendimento e as críticas de supervisores e estudantes ajudaram na compreensão dos seus limites e possibilidades. O Internato Rural dos sextanistas de Medicina da UFMG, que se espalhou por outras regiões do estado, já dura ininterruptamente quase 43 anos. E abriu caminho para a ousadia de outras universidades.

O LEGADO DO PROJETO MONTES CLAROS

Parto da frase de Guimarães Rosa, que imortalizou o Norte de Minas, mesmo palco das peripécias do jagunço Riobaldo Tatarana e do Projeto Montes Claros: “Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”. E a travessia não tem início nem fim, nem tempo nem lugar, porque “o sertão é dentro da gente” (ROSA, 1986, p. 52). O Projeto Montes Claros é um trecho de caminho, uma vereda do processo sem fim de construção da saúde como direito de cidadania.

Hoje não sei se Montes Claros, como está no título do belo livro coordenado pela Sonia Fleury (1995), foi uma utopia ou uma distopia: experimentar um sistema público de saúde descentralizado, regionalizado, hierarquizado e democratizado num lugar e tempo inóspitos. E mais. Alguns de nós – eu entre eles – pudemos sofrençar o sonho de, a partir da intervenção em saúde, sacudir o atraso socioeconômico e político do árido sertão roseano.⁵⁵ A propósito, Federico Tobar (1995, p. 124-125), lembra que a

[...] eficácia de um projeto complexo e múltiplo como foi o de MOC não pode ser medida a partir de variáveis técnicas. Sem dúvida ele foi o mais eficiente na sua difusão como modelo alternativo, na construção da utopia, do que na transformação concreta da realidade local. Não emancipou a população do Norte de Minas, mas gerou um efeito demonstração que contagiou esse espírito reformista de forma massiva. Sendo o foco de propagação de uma epidemia de reformismo. No nível dos propósitos, o Projeto MOC identificou e iluminou caminhos que logo seriam proclamados consensualmente. A sua eficácia política, ou seja, como ferramenta para re-distribuição do poder se constata na continuidade dessas bandeiras que logo se converteriam nas premissas de Movimento Sanitário. (TOBAR, 1995, p. 124-125)

Percorrendo os artigos do livro, todos o referem, mesmo os mais críticos, como uma experiência singular, diferente. Lenaura Lobato diz “que a diferença se deu pela inovação, pela criatividade e pela vontade política” (LOBATO, 1995, p. 83). O projeto, com as suas práticas originais, entre altos e baixos, acomodações a conjunturas políticas diversas, perdurou de 1975 a 1982. Nos anos de 1981 e 1982 já apresentava sinais e sintomas de declínio, até porque o grupo mais ideológico se enfronhou com organizações da sociedade civil e na política partidária, até na esperança de retomá-lo num novo contexto político. Considero esse envolvimento um legado importante do projeto. Mas isso veremos adiante.

Um legado tangível do projeto, considerado um subproduto, praticamente ignorado em teses, livros, artigos e outras publicações, pode ser encontrado na comparação dos serviços de saúde e de saneamento existentes antes e a que foi disponibilizada para uso da população após

⁵⁵ Expressão utilizada como referência ao sertão descrito por Guimarães Rosa (1986).

a sua implantação. Até por isso vou tentar resgatá-lo. Um trabalho de pesquisa realizado pela equipe do IPPEDASAR, em 1972, é citado por Eugênio Vilaça Mendes:

Como exemplo vivenciado pelo autor, pode-se mencionar a situação de saúde da região do norte de Minas, no ano de 1972: ele tinha 44 municípios; a população era de 940 mil habitantes; a doença de Chagas constituía um flagelo regional; 42% das crianças apresentavam desnutrição; a mortalidade infantil era de 120 óbitos por mil nascidos vivos com notável subnotificação; metade dos municípios não tinha ambulatório de saúde; havia 115 médicos (1 médico por 8.160 habitantes), 54% concentrados no município de Montes Claros; 21 municípios não tinham médicos residentes; a cobertura de consulta médica era de 12,5% da população; havia 19 enfermeiros (1 enfermeiro por 49.473 habitantes); a cobertura de saúde bucal era de 3,7% da população; um terço das mortes era por doenças infecciosas; e o gasto público em saúde era de apenas US\$ 1,25 per capita ao ano. Quem analisa, hoje, o SUS nessa região mineira encontra muitos problemas, mas a situação é inquestionavelmente muito melhor que a situação pré-SUS. (MENDES, 2019, p. 27)

Segundo José Alves de Almeida (2012), o relatório feito em agosto de 1975 pela Fundação João Pinheiro (FJP) mostra que a situação permanecia praticamente a mesma. A região do Norte de Minas contava, então, com 102 médicos e 14 enfermeiras. Além disso, dos “42 municípios componentes da área da SUDENE, 8 não dispunham de assistência médica, 24 a tinham em caráter permanente e 10 em caráter eventual” (ALMEIDA, 2012, p. 56-57). O mesmo relatório anunciava que

A SES executará na mesma região um Projeto piloto onde serão testados processos básicos de sistemas integrados de prestações (de serviços) de saúde. Neste Projeto, sustentado pelo convênio celebrado entre a República Federativa do Brasil e a Agência para o Desenvolvimento Internacional, caberá particularmente à Secretaria: a) criar na região do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, um sistema de saúde que proporcionará, no prazo de três anos, a baixo custo, um mínimo de serviços a pelo menos a 70% da população, com ênfase especial à atenção materno infantil e ao controle de doenças transmissíveis. Para ressaltar a carência e má distribuição de profissionais de saúde no Norte de Minas, o relatório informava que “a relação de médico/habitante na região era de 1 / 9.201. Na sub-região de Rio Pardo de Minas era de 1 / 37.655 e em Montes Claros 1 / 1.878, residindo aí 53% dos médicos” (1º Encontro de Planejamento Regional na Área Mineira da SUDENE, 1975, agosto). (ALMEIDA, 2012, p. 57)

O convênio a que se refere o relatório, entre a USAID e o Governo de Minas Gerais, com a interveniência do Ministério da Saúde, foi assinado em 18 de abril de 1975. Desse ano até 1982, o número de médicos contratados pelo estado e pelas prefeituras chegou a 227 profissionais na região, pois, para a execução e o funcionamento dos módulos básicos, cobrava-se a sua presença nos centros de saúde. A nova estrutura foi um estímulo para a fixação, mesmo em municípios mais remotos da região, de médicos formados pela Faculdade de Medicina de Montes Claros e, em número menor, de internistas da UFMG.

Além da remuneração paga através do financiamento do projeto – USAID e, depois, INAMPS – para atrair os profissionais, a maioria dos prefeitos passou a oferecer moradia e complementação salarial. Os 55 centros de saúde – e também os auxiliares de saúde nos 162 postos instalados em comunidades rurais, que faziam o primeiro atendimento nos domicílios e nos postos – passaram a encaminhar pacientes, pressionando a capacidade de acolhimento dos centros de saúde e hospitais, que precisaram absorver mais pessoal.

Nesse sentido, o Internato Rural, instalado em janeiro de 1978, contribuiu para aumentar a capacidade de atendimento, o que, em cadeia, pressionava também os hospitais filantrópicos financiados basicamente com recursos do FUNRURAL. Nas cidades mais populosas (entre 30.000 e 50.000 habitantes), e em Montes Claros, a maioria dos centros de saúde precisou – sob pressão – ter a sua estrutura ampliada. Alguns ganharam musculatura assistencial de policlínica. Essa engrenagem tornava as prefeituras mais dependentes do projeto e mais cobradas pela população por atendimento médico, medicamentos gratuitos fornecidos pela Central de Medicamentos (CEME) (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1971), suprimento de vacinas e outros insumos. As cobranças se intensificaram com a pressão dos alunos do Internato Rural, que – à revelia de médicos e prefeitos – promoviam reuniões com os funcionários e os usuários, antecipando e aprofundando a incipiente noção de direito à saúde.

Em termos gerais, os estudantes exerceram com mais proficiência o papel que esperávamos dos auxiliares de saúde, uma vez que estavam imunes à rede de poder local, enquanto os auxiliares, desde o processo de indicação, prendiam-se a ela, o que limitava a sua atuação independente. Em muitas situações, eu – como responsável pela coordenação regional do Internato Rural e diretor regional de Saúde – tive que evitar rupturas na relação entre os estudantes com prefeitos e médicos (lembrei-me da maldição do bombeiro chegando precocemente): os primeiros por se sentirem desafiados no seu poder autoritário, e os segundos temerosos com a diminuição de sua importância no atendimento à saúde, o que lhes garantia o exercício da prática privada. Em muitos casos, os internos livravam a população da extorsão praticada diante dos atendimentos emergenciais, sobretudo os realizados à noite. Sentiam-se ameaçados, porque estavam mais qualificados para realizá-los.

Considero a experiência do Internato Rural, com o ineditismo de enviar alunos do último ano do curso médico para uma região remota, a mais de 400 km de Belo Horizonte, como obrigação curricular, com supervisão intermitente, um legado do projeto. Ela abriu caminho para a ousadia de outras universidades públicas. Como a integração com a rede hospitalar, seja a pública da FSESP, a filantrópica e a privada (regionalmente pouco expressiva)

não aconteceu, aproximei-me da direção do INAMPS em Montes Claros e Belo Horizonte e, informalmente, consegui amenizar a descontinuidade do atendimento.

Figura 18. Saraiva Felipe com Mário Hamilton, 2000



Fonte: Acervo pessoal

Embora essa solução resolvesse uma parte ínfima do problema, essas relações, cultivadas com paciência, foram muito importantes para o processo de negociação do inusitado convênio que permitiu a continuidade do projeto. Parte da direção e dos técnicos do INAMPS em Minas Gerais não se opuseram e até colaboraram nas difíceis negociações com o órgão nacional. Eu precisaria deles no futuro: na conquista do financiamento do órgão, na implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, 1987) e no processo de consolidação do desmonte do INAMPS, necessário à consolidação do SUS.

É interessante o fato de que, participando de muitas reuniões nos municípios, presentes os usuários dos serviços, estes se mostrassem mais interessados e fizessem cobranças objetivas em relação às carências do atendimento de saúde. A minha leitura era a de que, antes de resolver questões como estrutura de poder, relações econômicas e sociais, a minha credibilidade se prendia à solução dos “comezinhos” problemas (ou à falta) de atendimento adequado à sua saúde, ou melhor dizendo, à doença.

Volto a dizer que a ampliação da assistência, ainda que tenha se restringido ao atendimento primário, no que deveria compor uma etapa da atenção básica, quase nunca é mencionada nas análises que confrontam as propostas do projeto e os êxitos obtidos que enfrentou, deixando muitas delas incompletas.

A implantação, com recursos do PIASS, dos 92 Sistemas Simplificados de Abastecimento de Água em comunidades rurais, numa região onde esse recurso é muito escasso, constituiu-se num legado muito importante na área de saneamento. Ainda hoje, em muitas comunidades, esses sistemas são os que servem à população. Em geral, funcionam com a adução em caso de fonte próxima ou perfuração de poço artesiano. Em ambos os casos, junto à rede de distribuição para os domicílios, agregava-se a construção de fossas sépticas. O expurgo de moradias e o Programa de Melhorias Habitacionais⁵⁶, desenvolvido junto ao Instituto René Rachou/FIOCRUZ-MG, contribuíram para diminuir e, na maioria dos municípios, interromper a transmissão ativa da doença de Chagas no Norte de Minas (SARAIVA e SILVEIRA, 1981).

Outro dado importante diz respeito ao Programa Amplo de Imunizações no Norte de Minas (PAI). Numa região antes despovoada de serviços de saúde, a cobertura vacinal média, antissarampo e tríplice (DPT), atingiu 95% da população alvo, conforme o relatório que discriminou o percentual em cada um dos 47 municípios sob jurisdição do CRS/Montes Claros (SARAIVA e FONSECA SOBRINHO, 1981).

Outro legado, ainda na seara de tangibilidade, diz respeito aos avanços no campo do planejamento em saúde, o que constituiu importante fonte de conhecimento e experimentação no processo de construção do SUS. Os auxiliares de saúde, formados através de novas práticas pedagógicas, foram os predecessores dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A criação de mecanismos que permitiam o envolvimento democrático da equipe responsável pelo projeto foi um marco que, a partir do exemplo, difundiu para outras instâncias a necessidade de coletivizar as decisões envolvendo os usuários e as comunidades. A proposta de criar conselhos em módulos básicos e áreas programáticas apontava na direção das Conferências de Saúde, instrumentos de controle social instituídos pela Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), uma das regulamentadoras do SUS. Até os nomes eram coincidentes. A ideia era criar o Conselho Regional de Saúde, Conselhos de Saúde das Áreas Programáticas e Conselhos Municipais de Saúde. A centralidade da questão da participação comunitária remetia à ideia de controle social:

Estava prevista a constituição de um fundo regional de saúde, constituído pelos recursos alocados na região pelas diversas instituições de saúde, bem como fundos municipais de saúde. Quem não vê aqui uma prefiguração da experiência das Ações Integradas de Saúde e de elementos do atual Sistema Único de Saúde? (STRALEN, 1995, p. 173-174)

⁵⁶ Fonte: <<http://www.funasa.gov.br/melhorias-habitacionais-para-o-controle-da-doenca-de-chagas>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

A luta pela autonomia na condução do Projeto Montes Claros e os percalços enfrentados, com tentativas de controle por parte de áreas do nível central da própria Secretaria de Saúde, ensinam muito sobre as diferentes concepções de descentralização: a que desconcentra instâncias burocráticas para aumentar o nível de controle pela maior proximidade dos órgãos coordenadores e executores, e a conquistada pelo projeto através da legitimação periférica que assegurasse a autonomia necessária ao caminho da inovação.

Ademais, o desatrelamento era necessário para o exercício contra-hegemônico do poder e coloca questões referentes à legitimação como pressuposto da autonomia. Foi necessário o suporte, embora pareça contraditório, das forças progressistas do movimento sanitário e dos prefeitos que representavam o conservadorismo político regional. Isso explica a sobrevivência do projeto por longos sete anos. A cada momento e a cada estocada, era necessário traçar estratégias novas para o seu enfrentamento e superação (SARAIVA, 1979).

Um dos vértices de legitimação do projeto passou, sem dúvida, pela eficácia e eficiência na realização das obras previstas, que, embora realizadas pelas prefeituras, eram acompanhadas e supervisionadas pelo CRS. Apesar da vultosa soma de recursos manejados e das críticas ideológicas e políticas, nenhuma denúncia quanto à lisura da aplicação dos recursos foi feita nem pelos seus inimigos mais ferrenhos.

Um legado que considero essencial foi a assinatura, em fevereiro de 1978, do pioneiro e inédito convênio entre o Governo de Minas Gerais e o INAMPS para o financiamento da extensa rede de serviços implantada na região, na modalidade de custo estimado.

Observamos que a participação do INAMPS no custeio do projeto, entre os anos de 1976 e 1982, só aparece a partir de 1978 com 47,6%, e chega a 65,6% em 1982. A participação do orçamento estadual, no mesmo período, incluindo os recursos do tesouro do Estado e do empréstimo da USAID, caiu de 63%, em 1976, para 17,6%, em 1982.⁵⁷

Esse legado foi fundamental para que, através do precedente, fosse destravada a discussão, e toda a rede do PIASS passasse a ser financiada pelo INAMPS, o que abriu caminho para a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em todo o país. Só ele bastaria para assinalar a importância do Projeto Montes Claros para a construção institucional de um sistema de saúde público e universal no país.

Mas o legado mais marcante e reconhecido está fora do tempo e do lugar do projeto – é um patrimônio imaterial da saúde pública brasileira. Nas palavras de Sonia Fleury, nele

⁵⁷ SARAIVA, José Felipe. A implantação do Projeto Integrado de Saúde do Norte de Minas, Anexo I, Montes Claros/MG, jul. de 1983.

[...] encontraram um espaço de criação, experimentação, improvisação e, sobretudo, de comunicação, ou seja, de construção democrática de significados, estratégias e atores coletivos, constituindo-se em um verdadeiro oásis em meio ao contexto repressivo que atravessava o país e grande parte da região latino-americana. É por isso que até hoje o Projeto Montes Claros transcende sua dimensão local e mesmo o de referência política, provocando em todos que ali estiveram uma profunda emoção. O caráter emblemático do Projeto pode ser tributado à sua capacidade de combinar uma utopia formulada como meta de um movimento que incorporava uma direção carismática com a construção de bases materiais que dessem suporte político-institucional aos avanços conquistados. Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais. A trajetória dessa luta contra hegemônica ficou marcada [...] pelo caráter contestatório e crítico em relação às estruturas de poder existente: poder político econômico local, poder médico, poder do modelo hegemônico de privatização dos serviços de saúde, poder repressor... (FLEURY, 1995, p. 13-14)

O Projeto Montes Claros, segundo Sarah Escorel, foi “palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário”. Outros epítetos se lhe atribuem, como “meca da saúde pública, embrião do SUS, cidadela do movimento sanitário” (ESCOREL, 1995, p. 129). É claro que muitas das suas propostas eram inexecutáveis na falta de um estatuto legal que as garantisse. Mas isso não inibiu a discussão delas, a exploração dos limites institucionais e a agregação de apoios e definição de campos de luta. A distância entre intenção e gesto faz parte do aprendizado político acumulado a partir do projeto.

Federico Tobar, no capítulo Nova Racionalidade Técnica, assinala que “grande parte da experiência de Montes Claros serviu, logo, como referência do discurso reformista no âmbito da saúde” (TOBAR, 1995, p. 101). No Quadro 1, apresento o comparativo do modelo de gestão hegemônico e da alternativa formulada no contexto do Projeto Montes Claros, feito por ele.

Quadro 1. Comparativo do modelo de gestão hegemônico e da alternativa formulada no contexto do Projeto Montes Claros

MODELO VIGENTE	PROJETO MOC
Visa a reprodução do sistema	Visa a transformação social
Reproduz a dominação-subordinação	Procura emancipação-conscientização
Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
Reprime a demanda	Cria Demanda
Ações verticais	Ações horizontais

Fonte: TOBAR, 1995, p. 108

Mercês Somarriba, por sua vez, destaca a centralidade da questão da participação comunitária no projeto:

[...] o ideário participativo assumiu posição preponderante para o grupo do Centro Regional de Montes Claros. Em torno da conformação e implementação dessa meta configura-se a identidade do grupo local, assim como os seus conflitos e oposições em relação à equipe da Secretaria de Estado da Saúde. [...] As atividades que implicavam o envolvimento direto dos usuários, eram ressaltadas nos documentos oficiais apenas na medida que contribuíssem para a ampliação da cobertura. (SOMARRIBA, 1995, p. 197)

Em uma pesquisa realizada por Somarriba com integrantes da equipe responsável pela implantação do projeto, num universo de 21 pessoas de nível técnico, o objetivo de extensão de cobertura foi citado por 13 pessoas, enquanto todas fizeram referência à participação comunitária. Ainda segundo a autora:

[...] os confrontos no Projeto Montes Claros em torno da participação [...] antecipa, em mais de uma década, embates que serão travados mais tarde no âmbito do que se convencionou chamar o Movimento Sanitário Brasileiro [...]. Por isso, o Projeto Montes Claros foi, também, profundamente pedagógico: constituiu um *locus* para o exercício do conflito político entre pares, tão imprescindível para a construção da democracia que então se reiniciava. (SOMARRIBA, 1995, p. 197)

Para a pesquisadora Sonia Fleury (1995), a singularidade do projeto se estabeleceu por meio de um processo criativo de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços; novas práticas pedagógicas; transformação radical das relações no interior da equipe de saúde; participação da comunidade e dos servidores; adoção de práticas inovadoras de planejamento e gestão; autonomia e fortalecimento do nível local.

Considero outro legado do Projeto Montes Claros a participação extramuros de parte da equipe no movimento social, sindical e político-partidário de Montes Claros e região, até como desdobramento da busca por objetivos de que um projeto de saúde não podia dar conta. A necessidade de transposição dos umbrais institucionais foi se desvelando aos poucos, quando os limites das possibilidades do projeto nos empurraram nessa direção. Ficou muito evidente quando passamos a ser cerceados por forças políticas diante da organização para a disputa do governo do estado em 1982, o que acontecia pela primeira vez desde 1966.

Lembro-me de que, em 1977, aproximei-me do professor Darcy Ribeiro, filho da cidade e irmão do médico e amigo Mário Ribeiro, que, como ele, havia sido cassado pelo regime autoritário e afastado da direção da Faculdade de Medicina de Montes Claros. Na casa de Mário Ribeiro fizemos muitas reuniões com a presença de Darcy, apesar dos riscos que tais encontros representavam para o projeto, cuja direção se movimentava na corda bamba da época.

Figura 19. Saraiva Felipe, entre os irmãos Darcy e Mário Ribeiro



Fonte: Acervo pessoal

Na direção do CRS e na coordenação do projeto, fui questionado, por vezes, pelo secretário da Saúde sobre esses contatos que estavam irritando a “classe política” de Montes Claros. Consegui driblar essa vigilância. Éramos a vitrine da secretaria, com o apoio de prefeitos, de instituições como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), a UFMG, a OPAS e do incipiente movimento pela reforma sanitária. E os prefeitos, com o seu apoio, contrabalançavam as ameaças da política tradicional da cidade de Montes Claros.

Darcy Ribeiro ficou encantado com a possibilidade de conversar e discutir política com o “grupo da saúde” e ajudou na nossa aproximação com a oposição partidária possível à época, o MDB. Mário Ribeiro era a principal referência local e regional do partido. O Darcy de certa forma era um exilado em sua própria terra natal, depois que os militares permitiram o seu retorno ao Brasil em 1976 em virtude de um avançado câncer de pulmão. Ele retirou um pulmão inteiro e ganhou 20 anos de fôlego político, até que outro câncer o matasse em fevereiro de 1997. Depois de muitas batalhas contra essa doença física, a que mais lhe doía na alma era a indecente desigualdade no Brasil, construída secularmente pelas nossas elites. Um legado – o político – merece menção pelo extravasamento do trabalho institucional em direção à ocupação de espaços políticos.

Em 1982, o “grupo da saúde” foi fundamental para acabar com a hegemonia dos partidos que davam sustentação à ditadura na cidade. Através da Aliança Renovadora Nacional (ARENA, 1966-1979) e de suas sublegendas⁵⁸, e a partir de 1980 com o Partido Democrático Social (PDS, 1980-1993), Montes Claros era mantida sob o domínio e o predomínio de suas elites mais conservadoras. O frágil Movimento Democrático Brasileiro (MDB, 1966) apenas legitimava o processo político com um desempenho eleitoral inexpressivo na cidade e na região.

Para dar esse passo fora do projeto, melhorei a interlocução com o nível central, através do dr. Eugênio Vilaça e do dr. José Maria Borges, superintendente de Saúde da Secretaria, e passei a dialogar com órgãos do Ministério da Saúde, como a FSESP e a SUCAM. Sopesei que a manutenção desses conflitos era inócua nessa fase do projeto. A pesquisadora Lenaura Lobato, falando sobre a minha atuação nesse momento, assinala:

Sua atuação foi principalmente no sentido de consolidar fora do Projeto aquelas conquistas já alcançadas ao nível interno. Investiu na expansão democrática através da prática político-partidária, sindical e de movimentos sociais. Além do primeiro sindicato metalúrgico, liderou a criação do MDB em toda a região. A partir de Montes Claros, conseguiu criar uma força política regional do qual se tornou líder. Tendo muitos de seus membros surgidos no Projeto Montes Claros, essa força é hoje (2005) ainda reconhecida por seus opositores como “o grupo da saúde”. (LOBATO, 1995, p. 89)

Merece destaque o trabalho do Cornelis, da Terezinha, sua esposa, e do José Francisco da Silva (Chico) no apoio à criação de sindicatos de trabalhadores rurais, praticamente

⁵⁸ Sistema instituído sob a forma de lei que visava a uma organização para eleições de governador e prefeito (BRASIL, 1968). Permitia que, sob o guarda-chuva de um partido político, as facções fossem abrigadas (Arena 1, Arena 2 e outras). BRASIL. Lei nº 5.453, de 14 de junho de 1968. Institui o sistema de sublegendas e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L5453imprensa.htm>. Acesso em: 29 jul. 2021.

inexistentes na região, bem como o trabalho do Léo (Heliomar Valle da Silveira) como coordenador político do MDB em Montes Claros.

É importante particularizar o que aconteceu em Montes Claros em 1982. Depois do pleito de 1974, o tufão oposicionista varreu boa parte do estado de Minas Gerais, a partir da capital. As lufadas não conseguiam subir além de Curvelo. Como destacou o jornalista Mauro Santayana na edição da *Folha de São Paulo* (05/12/1982), na matéria intitulada “As eleições em Minas e o fim das oligarquias”: “As oligarquias de Montes Claros que há 130 anos, unidas ao governo, não perderam as eleições, foram surradas pelo ‘filho do oco do pau’” (SANTAYANA, 1982). É como eles se referiam ao candidato vencedor, Luiz Tadeu Leite, do MDB, um jovem radialista muito popular por manter um programa radiofônico chamado Boca no Trombone, em que criticava os desmandos da administração municipal. O candidato a vice-prefeito foi o Mário Ribeiro, anistiado em 1979, que tinha trânsito nas elites da cidade e foi importante na composição da chapa vencedora.

O candidato Tancredo Neves teve uma votação surpreendente em Montes Claros. Tendo participado da coordenação regional de sua campanha, aproximei-me dele e isso teve desdobramentos em outros momentos da minha trajetória. Elegemos, ainda, a maioria dos vereadores, o deputado estadual majoritário, um ex-garçom da cidade, José da Conceição Santos. O deputado federal mais votado na cidade foi o Manoel Costa, que eu conheci no movimento estudantil militando no PCdoB. Ele financiou modestamente a campanha, mas não é o que diziam os nossos opositores.

O “grupo da saúde” ficou com quatro secretarias (Governo, Saúde, Ação Social e Planejamento). Eu, que havia sido exonerado do cargo de diretor em 20 de outubro de 1982, fui substituído pelo dr. Carlos do Espírito Santo, que, tendo sido diretor de 1971 até 1975, permaneceu como diretor adjunto até 1982, quando saí. O dr. Carlos, a partir de 1978, com o meu casamento com a Leonor do Espírito Santo, supervisora do CRS, passou a ser o meu sogro. O dr. Dario disse que nunca entendeu a manutenção do dr. Carlos na gestão do Chicão e, depois, na minha, como ordenador de despesas do projeto.

Balançava a cabeça e dizia que era uma típica lambança norte-mineira. Mas nós sabíamos que não teríamos problemas com a severidade espartana com que tomava conta do caixa e da prestação de contas. Isso irritava parte da equipe, que considerava esse comportamento como excesso de burocracia. Na administração pelo conflito ele era uma das referências de conservadorismo na equipe. Funcionava como para-raios para insatisfações em virtude das exigências burocráticas.

Deixei a direção, a pedido, com a convicção de que com a eleição do dr. Tancredo Neves iríamos recuperá-la. Fui um dos coordenadores regionais da sua campanha. Assim foi que, em 5 de abril de 1983, o dr. Athos Avelino Pereira, montes-clarense que conheci nos tempos de movimento estudantil, assumiu a regional. Futuramente, ele foi eleito vice-prefeito e prefeito de Montes Claros.

É interessante uma outra nota publicada na *Folha de São Paulo* de sexta-feira (03/12/1982), à página 4, em que o presidente Figueiredo, informado pelo deputado federal montes-clarense Antônio Dias acerca da derrota acachapante do partido governista em Montes Claros, desabafou dizendo que “Eles vão pagar caro”. Sua fala era o título da matéria. Na linha do “prendo e arrebento”.

O desempenho à frente do CRS/Montes Claros e o envolvimento nessa teia política oposicionista explicam, em grande parte, o fato de que, nos seis mandatos sucessivos de deputado federal (1995-2019), eu tenha tido votações expressivas no Norte de Minas. Na minha primeira eleição (1994), 84% dos votos foram obtidos nessa região.

Em 1982, fui aprovado nos exames para cursar o mestrado na ENSP/FIOCRUZ. Mas fiquei entre Montes Claros e o Rio de Janeiro, cuidando mais da campanha política do que do curso. Consegui fechar os créditos em 1983. A dissertação, essa eu só consegui apresentar em 1992.

CAPÍTULO III

ARACNÍDEOS E CULICÍDEOS

Em janeiro de 1983, empossado o prefeito de Montes Claros, Tadeu Leite, assumi a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social (SMSAS) do município, que ocupava o prédio da antiga rodoviária da cidade. Ficava defronte da estação ferroviária. O movimento dos trens e a chegada e partida de passageiros faziam-me lembrar da minha chegada ali, pela primeira vez, sete anos antes.

Chamei o José Márcio Girardi de Mendonça, companheiro do CRS, para cuidar da área de assistência social, e diligenciei para que o Athos Avelino assumisse a Direção Regional de Saúde. Era indispensável que o trabalho do município nessa área estivesse bem alinhado com o órgão estadual responsável – num período de pré-municipalização – pelos oito postos de saúde na área rural, oito centros de saúde e laboratório clínico da região.

Junto ao Athos, preparei dois documentos. Em um, o “Diagnóstico da Situação da SMSAS” (janeiro de 1983), constatamos que o órgão era uma ficção. Dez fiscais deveriam dar conta das múltiplas funções: fiscalização dos estabelecimentos comerciais quanto à adequação ao código de posturas municipais; presença de equipamentos sanitários nos estabelecimentos comerciais e sanitários; concessão de Habite-se⁵⁹; controle de pocilgas na área urbana; abate clandestino de animais para o consumo coletivo; fiscalização de piscinas e aterros sanitários; fiscalização da qualidade dos alimentos destinados ao consumo coletivo; e controle da poluição ambiental. Em vez de fiscalizar, a secretaria praticamente desembaraçava demandas encaminhadas pelos interessados.

O setor de saúde se resumia à expedição de licenças de saúde e de um precário atendimento odontológico móvel. O outro documento detalhava as “Diretrizes e Propostas para Administração Mutirão (essa era a marca escolhida pela nova administração) na SMSAS de Montes Claros – MG” (janeiro de 1983). Este bisava o Projeto Montes Claros no seu objetivo central:

[...] ampliar o espaço democrático em que deve se mover a nossa sociedade, para encontrar os caminhos de realização do seu destino de nação independente... Assim, a preocupação com a participação comunitária permeia todos os momentos do presente trabalho. Não uma participação instrumental, com a comunidade apenas fornecendo recursos e esforços para a concretização (a legitimação) de prioridades favoráveis a grupos minoritários, mas uma participação substantiva na definição de prioridades, no desenvolvimento de estratégias, na fiscalização da administração

⁵⁹ Documento emitido pela prefeitura, após a vistoria, que atesta se um imóvel está em condições de ser habitado e utilizado para os seus fins, em conformidade com as normas de construção da legislação definidas pelo município e obedecendo à Lei n° 6.015, de dezembro de 1973. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16015compilada.htm>. Acesso em: 15 jul. 2021.

pública e na cobrança de resultados. Nesse sentido, a participação comunitária mais que um meio ou instrumento, torna-se um fim em si mesmo, dentro de um processo de prática democrática. (SARAIVA, 1983b, p. 1)

Na caracterização dos serviços, destaquei o amplo predomínio do setor público na atenção médico-ambulatorial, através da rede implantada pelo Projeto Montes Claros. A rede ambulatorial formava uma espécie de cinturão periférico, circundando os ambulatórios do INAMPS, que funcionavam no centro da cidade na agência local ou através de credenciamentos. Para destacar a presença do setor público, os registros mostravam que dos 199.187 habitantes de Montes Claros, segundo projeção censitária para 1983, cerca de 160.000 pessoas já haviam realizado algum tipo de contato/atendimento com os centros e postos de saúde da SES/MG. Ainda assim, propus a construção de novos centros de saúde em bairros periféricos e populosos ainda vazios de atendimento. Nesse diagnóstico, constatei:

[...] em que pese a presença dessa rede, o seu grau de resolutividade é baixo... o que faz com que a população vá diretamente a serviços de complexidade maior (ainda que o acesso seja difícil), onde ela sabe que além do primeiro atendimento, se necessário, seu tratamento terá sequência. (SARAIVA, 1983b, p. 2)

Ressaltei que a expedição de carteiras de saúde e o controle das licenças médicas solicitadas por funcionários da municipalidade ocupavam grande parte do tempo dos escassos funcionários da SMSAS. Assustei-me ao constatar que os afastamentos por motivo de saúde chegaram em determinado momento a quase 50% dos efetivos.

Aproveitando um compromisso documental do município com o Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID)/Banco Mundial, que financiava um projeto de desenvolvimento nas áreas de infraestrutura e social em cidades médias de Minas Gerais, pedi à administração que agilizasse as providências para a implantação efetiva da Divisão de Ação Social, bem como do Departamento de Programas Comunitários (DEPROCOM), com o objetivo de cumprir metas previstas no Projeto Cidades de Porte Médio (NUNES, 2020).

A rede hospitalar privada que detinha a maioria dos leitos (9 hospitais, 804 leitos contra 205 públicos localizados em 2 hospitais) dependia, quase sempre, de convênios com o INAMPS para a sua sobrevivência. Ainda ressaltei que “pacientes sem cobertura previdenciária têm, progressivamente, menor chance de atendimento com a privatização acentuada dos hospitais ditos filantrópicos e mesmo dos públicos” (SARAIVA, 1983b, p. 3).

Dos dois hospitais públicos, um era o Hospital Clemente de Faria, um antigo sanatório de tuberculose transformado em hospital geral e administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Ele tinha apenas 85 dos seus 125 leitos funcionando, além

de não cumprir a sua função de hospital de referência regional, desde que ali não havia serviços de pediatria, bloco cirúrgico nem serviço de suporte diagnóstico adequado. (Alguns anos mais tarde, quando ocupei o cargo de secretário estadual de Saúde, repassei essa unidade para a administração da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Foi a forma que encontrei de melhorar o seu desempenho.)

O Hospital Municipal (antigo Hospital São Vicente, adquirido pela prefeitura dez anos antes), por sua vez, contava com 80 leitos, 65 deles credenciados pela Previdência. Os 18 médicos trabalhavam sob o regime de pró-labore, sem vínculo empregatício com a Fundação Hospitalar de Montes Claros (FHMOC). Essa fundação era de fachada, pois todos os seus conselheiros e a direção eram indicados pela prefeitura. A estrutura física e todo o material, à exceção do laboratório, também pertenciam a ela. Os 65 funcionários eram indicados pela administração municipal e pelos vereadores situacionistas, que distribuíam entre si determinada cota. O rodízio de funcionários era grande (e inaceitável). A prefeitura, por sua vez, repassava mensalmente um valor fixo à fundação a título de auxílio. A taxa de ocupação dos leitos correspondia aos bancados pelo INAMPS. Os outros, que deviam atender indiscriminadamente, não havia como ativá-los.

Resolvi enfrentar essa situação. Depois de idas e vindas, ameaças institucionais e pessoais, consegui, por meio do prefeito, encaminhar à Câmara Municipal, onde a administração contava com a maioria dos vereadores, o estatuto de uma fundação aberta, com conselheiros indicados por órgãos de classe, associações de moradores e representantes da câmara e da prefeitura, numa representação paritária.⁶⁰ O projeto empacou.

Resolvi fazer pressão de fora para dentro. Nas reuniões com as associações de moradores, argumentei que o hospital funcionaria melhor, disponibilizando leitos para o conjunto da população. Do jeito que vinha funcionando, só beneficiava o corpo médico com a remuneração por Unidades de Serviço (US) e o absenteísmo corriqueiro.

Essa fala abriu a caixa de Pandora.⁶¹ A maioria dos médicos da cidade se uniu em solidariedade aos colegas do hospital municipal. Mobilizei os apoios da prefeitura, que tinha em cargos estratégicos o “grupo da saúde”, e passei a fazer um corpo a corpo com os nossos vereadores. O prefeito se convenceu de que o hospital era um peso morto em termos

⁶⁰ Isso significa dizer que as representações seriam em igualdade.

⁶¹ Expressão utilizada para ilustrar quando uma ação dá início a uma série de coisas ruins. Está associada à mitologia grega, em que Pandora, uma mulher encantada leva ao esposo, inimigo do seu criador, uma caixa com todos os males sem que jamais a abraze. Porém, abre a caixa e os males passaram a assolar a humanidade. Para saber mais: <http://www.filosofia.seed.pr.gov.br/arquivos/File/classicos_da_filosofia/mitos_gregos.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

administrativos e de prestação de serviços. Cumpri o calvário das audiências públicas na Câmara, das palestras na Associação Comercial, nas lojas maçônicas da cidade etc.

Para a aprovação da mudança estatutária (só consolidada em 1986), foi decisivo o apoio e a mobilização das Associações Comunitárias do Bairro Santos Reis, onde ficava o hospital, e do Conselho das Associações Comunitárias, criado pela nova administração. Um parceiro nessa luta foi o vereador Conrado dos Santos Reis, um trabalhador semianalfabeto, mas absolutamente consciente do seu papel como representante dos moradores.

Hoje a Fundação Municipal de Saúde de Montes Claros, que administra o Hospital Aroldo Tourinho (em homenagem a um importante médico do município, corajoso e filantropo, fundador do MDB em Montes Claros na década de 60, auge da repressão da ditadura), tem 173 leitos, sendo 126 destinados ao SUS. Com o meu empenho, como Secretário e Ministro da Saúde, passou de 1.600 para 12.000 m² de área construída, e é um dos hospitais de referência pública em todo o Norte de Minas.

Trabalhei para a articulação da rede pública, levando em conta a melhoria de recursos assistenciais e de acolhimento em busca da estruturação de um sistema municipal de atendimento geral. Um fator de estímulo a esse esforço era encontrado na constatação da existência de um sistema regional de prestação de serviços básicos de saúde, que encontrou o seu limite na ausência de referência hospitalar. Animava-me, ainda, o anúncio de novas diretrizes da política de saúde, anunciadas pelos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, através do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) (BRASIL, 1981). Eu me orgulhava do papel exercido pelo Projeto Montes Claros em termos de proposições e, mais ainda, da contribuição institucional para que os recursos da Previdência pudessem ser utilizados universalmente, ainda que, inicialmente, restritos à atenção básica em saúde.

Os meus dois anos como secretário municipal de Saúde e Ação Social foram dedicados a reorganizar o serviço através da criação de uma rede assistencial. A dificuldade de articulação com os serviços privados, ainda que financiados com recursos públicos, convenceu-me de que só com a municipalização, ou seja, só concentrando poder e a distribuição dos recursos nas mãos dos gestores municipais, seria possível a construção de um efetivo sistema municipal de saúde. Essa bandeira da municipalização, consegui desfraldá-la maciçamente como secretário de Saúde do estado (1991-1994), quando assinei convênios com os 722 municípios (hoje são 835) de Minas Gerais. De acordo com uma avaliação conjunta e dependendo da vontade política dos municípios, eles eram enquadrados, segundo a NOB nº 01/93 (BRASIL, 1993), depois de avaliados pela CIB, nas categorias plena, parcial ou semiplena. No primeiro caso, era necessário

assumir o compromisso inarredável com a criação de um Fundo Municipal de Saúde, dentre outras exigências. Sobre essa minha convicção e ação há controvérsias. Mas esse assunto será destrinchado mais adiante. Valho-me aqui das considerações de Gilson Carvalho:

[...] os anos anteriores (década de 70/80), foram marcados pelo centralismo do governo federal em todas as esferas. Essa centralização, por vezes, favorecia a corrupção, disseminando “a prática de repasse de recursos federais aos municípios através de procedimentos burocráticos de apresentação de projetos fantasmas e/ou padronizados, e outros” e na área da saúde com administração centralizada nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social e com os “Recursos nas mãos submetendo o nível local a assinatura de convênios e contratos através do tráfico de influência”. (CARVALHO, 1991, p. 1)

O controle tornava-se impossível. O autor lembra que isso gerava um sentimento de impotência na população e nos servidores, pois as denúncias de improbidade ou sugestões não tinham retorno. Nesse sentido, o centralismo fomentou a falência e

[...] levou ao sucateamento dos próprios públicos e dos parceiros filantrópicos e credenciados. A descentralização, que sempre foi negada, sob o pretexto que o nível local era incompetente, foi concedida finalmente quando o sistema já estava falido. E esta concessão à descentralização ainda foi feita sob pressão. (CARVALHO, 1991, p. 2)⁶²

Assim, os cidadãos não tinham como expor suas dificuldades nem participar das soluções de seus problemas. Entendendo o Brasil com um significativo espaço geográfico, em que as diversidades obedecem a lógicas diversas, como sociais, econômicas, climáticas, endêmicas, a municipalização da saúde seria mesmo a ordem que poderia minimizar os impactos que a centralização impunha. Os desafios que diziam respeito às comunidades não poderiam ser tratados como problemas homogêneos que uma mesma solução fosse capaz de abarcar. Essa proposição já era evidente para os municípios, e se manifestava em diferentes ordens.

***⁶³

Para justificar o estranho título deste capítulo e o retorno aos livros de parasitologia médica, vou relatar duas situações para mim inusitadas e extraordinárias.

⁶² Disponível em: <<http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/630/1/AMUNIC~1.PDF>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

⁶³ O asterisco utilizado neste trabalho, refere-se a mudança de assunto ou tempo narrativo.

Assumi a SMSAS com o problema em curso. A cidade enfrentava um surto agudo de atividade escorpionica. As ocorrências diárias chegavam a 30 e havia relatos de óbitos de crianças.

Com a ajuda de um técnico da SUCAM cedido há muitos anos ao CRS de Montes Claros, José Carmo da Silveira, montamos um plano de ação emergencial (SARAIVA e SILVEIRA, 1984).⁶⁴ Na introdução à proposta, busquei localizar o ovo da serpente:

Os 55.000 lotes vagos de Montes Claros, que correspondem a aproximadamente 55% dos imóveis na área urbana, são usados, além de reserva de valor da especulação imobiliária, como depósitos de detritos. O lixo domiciliar mais sórdido: o papel higiênico usado era atirado nos lotes vagos de forma acintosa. Ao contrário do que se poderia imaginar, a ocorrência não é restrita à chamada “periferia” e população “marginalizada”. Nas chamadas “áreas nobres” e residenciais, como os Bairros São Luís, Todos os Santos e Ibituruna, é fácil identificar a ocorrência... Os quintais e principalmente os seus fundos são esquecidos como integrantes do conjunto domiciliar, e passam a ser áreas de tratamento secundário, de despejo, convertendo-se em possíveis focos de animais já mencionados. (SARAIVA, 1984, p. 4)

Salientamos (era início de governo) a necessidade de melhorar a coleta de lixo (ainda não se falava em coleta seletiva) e a fiscalização sanitária, autuando os proprietários dos lotes, boa parte à espera de benefícios urbanos para projetos imobiliários. Mas era necessário enfrentar a questão do costume ligado à ideia de comodidade, e lembrei: o problema sanitário de Montes Claros, em suas causas, ia muito além do que poderiam fazer os órgãos sanitários. Elas eram de natureza estrutural e, pior ainda, de destruição do ecossistema, agravadas por formas de comportamento humano incompatíveis com a vida social.

Concentrei-me em fazer uma mobilização interinstitucional robusta, que articulava os órgãos de saúde das três esferas de governo, além de cinco secretarias municipais afins com o enfrentamento da calamidade (SMSAS, Serviços Urbanos, Educação e Cultura, Trabalho e Assistência Social). Expliquei que a intervenção não poderia ser vista como um projeto de saneamento global para a cidade. Isso demandaria ação planejada sobre todos os milhares de lotes vagos e sobre a periferia da cidade, e inspeção em todos os domicílios. Ter-se-ia de movimentar maquinário pesado – de alto custo – para trabalhar todos os lotes vagos em um período de um ano, incluindo-se cursos d’água e logradouros públicos, além de investir na comunicação intensiva e no preparo das comunidades. Se isso não fosse feito, aliás, novos surtos de animais peçonhentos ou nocivos iriam continuar a surgir. Só não se sabe é quando e

⁶⁴ Trabalho apresentado ao prefeito Tadeu Leite e ao vice-prefeito Mário Ribeiro da Silveira pelo secretário de Saúde e Ação Social de Montes Claros, José Saraiva Felipe.

em quais lugares. Dessa forma, o projeto propôs bloquear os focos de escorpiões e diminuir os riscos de exposição da população.

Por extensão, o projeto tornou-se abrangente na medida em que bloqueava, também, os focos de outros animais peçonhentos, roedores e os culicídeos (muriçocas, pernilongos). Não foi possível sequer fazer um levantamento global para detectar a “situação sanitária”. O volume de denúncias era tão grande que o serviço deveria registrá-las e trabalhar diretamente em cima dessas informações, que vinham de diversas áreas da cidade.

O relatório vazou e mais uma vez enfrentei a fúria da elite representada por alguns vereadores e colonistas da imprensa local. O argumento era que eu estava me intrometendo nas atividades da construção civil, propondo punições aleatórias e criticando indiscriminadamente os moradores da cidade como desleixados. O título de cidadão honorário com que alguns vereadores pretendiam me conceder como desagravo pelas agressões soou-me mais como discriminação do que como honraria. Era uma lembrança peremptória de que eu não nascera na cidade, era um intruso. Diante da possibilidade de constrangimento, pedi que não me concedessem a homenagem naquele momento. Ademais, eu corria o risco real de ver a proposição rejeitada.

No futuro, além do título de cidadão honorário e benemérito, fui distinguido com a maior votação do município em duas eleições e votações significativas em outras quatro – sinal de que a antipatia das elites não coadunava com a opinião de boa parte da população.

Para o controle do surto escorpiônico em Montes Claros, consultamos as Secretarias de Saúde do Estado e de Belo Horizonte, a Secretaria de Saúde de São Paulo e o Instituto Butantan⁶⁵ sobre as novidades em relação a métodos mais adequados para o controle. As respostas foram unânimes: diante dessa emergência, ainda não havia outra alternativa a não ser o uso de inseticidas. Houve ainda a sugestão de que não fosse usado inseticida que pudesse ter ação apenas de repelente ou irritante sobre o aracnídeo, e sim que o matasse ao contato ou de meia hora a uma hora depois. O indicado foi o hexaclorociclohexano (BHC) ou sua variante menos tóxica, o lindano⁶⁶. Mas este não foi encontrado no mercado.

⁶⁵ Órgão público vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de São Paulo. Realiza pesquisa, desenvolvimento, fabricação, distribuição de produtos e serviços para a saúde. Fonte: <<https://butantan.gov.br/institucional/historico>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

⁶⁶ Composto organoclorado muito utilizado como pesticida entre as décadas de 40 a 80, popularmente conhecido como pó-de-broca e/ou BHC. Hoje é considerado nocivo e carcinógeno. Também os animais desenvolveram

Mais uma vez, acho que como em tudo que me propus a fazer como gestor, a dificuldade era custear as ações a serem desenvolvidas intensivamente durante quatro meses. Diante da gravidade da situação, com o projeto de intervenção debaixo do braço, fui discuti-lo com a superintendência da SUCAM em Montes Claros. O órgão se dispôs a participar dos esforços cedendo técnicos e equipamentos, mas foi taxativo em informar que não dispunha de recursos para bancá-lo.

Na verdade, conforme depoimento do dr. Fabiano Pimenta⁶⁷, a direção nacional da SUCAM não se conformava em não coordenar as ações. Considerava uma intromissão a Prefeitura de Montes Claros, através de sua Secretaria de Saúde e Ação Social, pretender coordenar esse tipo intervenção, que seria atribuição privativa do órgão. A propósito, recorro ao depoimento pessoal do dr. Fabiano, que, mais tarde, foi secretário de Vigilância em Saúde do MS (2006-2008):

Minha primeira atividade como gestor público foi no Distrito da SUCAM de Montes Claros, responsável pelas ações de controle das endemias em 60 municípios do Norte de Minas. A SUCAM era um órgão verticalizado, com pouco ou nenhuma abertura para ajustes em relação à realidade local. Montes Claros, naquela época, pela minha experiência, foi o primeiro município que se propôs a planejar e executar ações extramuros visando o enfrentamento de necessidades coletivas da população, como o controle de culicídeos e aracnídeos. (PIMENTA, 2021, s/p)

Bati às portas da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), em Montes Claros. O dr. Marcelo Furtado foi sensível à evidência de que a intervenção proposta era absolutamente necessária e urgente. Dispus-me a, junto a ele, ir a Recife, sede do órgão, tentar negociar os recursos. Municiei-me, além do projeto, das fartas notícias dos jornais da cidade e do estado. O assunto merecera destaque do telejornalismo nacional.

A acolhida em Recife foi a melhor possível. Depois de analisar o projeto executivo, que continha cronograma e planilhas de custos, ficou acertado o convênio com a Prefeitura Municipal de Montes Claros. Seria transferido à municipalidade o valor solicitado, CR\$ 25.000.000 (vinte e cinco milhões de cruzeiros), a serem despendidos em quatro meses. Para se ter uma ideia da ordem de grandeza dos valores, ele superava em mais de 1,5 milhão de cruzeiros o orçamento anual destinado à SMSAS.

resistência ao produto. Fonte: <<https://www.cetesb.sp.gov.br/laboratorios/wp-content/uploads/sites/24/2013/11/Alfa-Hexaclorociclohexano-Beta-Hexaclorociclohexano-e-Lindano.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

⁶⁷ Engenheiro sanitaria, mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Epidemiologia e Controle de Endemias e em Epidemiologia Intermediária e Bioestatística. Foi secretário nacional de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde, de 2006 a 2009, e secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte, de 2014 a 2016. Fonte: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/fabiano-geraldo-pimenta-junior>>. Acesso em: 4 out. 2021.

Comecei a gastá-los com a compra de equipamento protetor para os agentes de campo, principalmente os que trabalhariam diretamente com o veneno, que passaram a dispor de vestuário adequado, como capacete, óculos, máscara, luvas e botas. Foram adquiridas outras ferramentas adequadas à natureza das tarefas, como aspersores, enxadas, picaretas etc.

Não aceitei o local inicialmente oferecido para estocar o inseticida, que era impróprio e ilegal, na medida em que “o depósito” confrontava com habitações e se achava junto ao local de trabalho de centenas de pessoas (pátio da Prefeitura). Foi implantado um local adequado num bairro ainda pouco habitado, o Ibituruna, em terreno isolado da municipalidade. No local anteriormente indicado, na área central da cidade, ficou apenas o chamado “plantão sanitário”, receptor das ocorrências. Esse encaminhamento foi tachado de “picuinha do Saraiva”.

Antes do início dos trabalhos, coordenei um mutirão de informação e mobilização da comunidade, com palestras nas escolas, nas associações comunitárias e nos clubes de serviços. Esse trabalho não foi difícil, pois a população estava alarmada com a dimensão do problema. Eu tinha a convicção de que nenhum serviço de saúde ou de saneamento, seja abrangente, incidindo sobre as suas causas, seja setorial, de emergência, como era o caso, podia deixar de levar em conta o apuro das formas de comunicação, a cultura da comunidade, as informações prévias e o seu posicionamento face ao problema, ainda mais envolvendo pessoas, seus domicílios e áreas peridomiciliares. Sem a compreensão do problema, não conseguiríamos o comprometimento da comunidade, tornando os resultados técnicos aquém dos esperados, e, conseqüentemente, ainda mais transitórios.

No primeiro momento foi feita a divulgação utilizando-se de todos os meios de comunicação existentes na cidade: TV, jornais e rádios, até pela necessidade de informação para a proteção de trabalhadores e moradores, de alimentos, animais de estimação etc.; e, posteriormente, em contato direto, nas casas das pessoas em cujas áreas haviam sido detectados focos de escorpiões. Junto à Secretaria de Educação e à de Cultura, elaboramos uma cartilha bem didática sobre o que era e como seria feito o controle de animais peçonhentos, que foi distribuída nas escolas e associações comunitárias.

Além dos técnicos das secretarias envolvidos nas atividades e do pessoal cedido pelos órgãos estaduais e federais, os recursos do convênio permitiram a contratação de 20 a 50 homens/dia, que eram treinados em cursos sumários. Nesse período, em 1983, o Brasil vivia uma de suas crises econômicas cíclicas, em que o desemprego figura a face mais cruel para os trabalhadores. Assim, procuramos abrir espaço para a população desempregada. Foi necessário estabelecer um sistema de rotatividade, apesar do risco de alguma descontinuidade. Devido às condições de miséria, a maioria dos trabalhadores se apresentava em precárias condições

nutricionais para o tipo de trabalho exigido (esforço físico e contato com inseticida). Diante da carência absoluta de alimentação regular, foi necessário implantar um sistema de assistência alimentar.

Resolvidos com presteza esses problemas, e com a construção de protocolos para as intervenções, esbarramos em um problema à primeira vista incontornável: a única fábrica existente no Brasil – a indústria Matarazzo – tinha toda a sua produção do BHC vinculada a um contrato com a SUCAM. Precisei que a SUDENE ajudasse a contornar o problema. Havia uma crítica solerte de que o órgão federal é que deveria coordenar os trabalhos. Aqui temos mais uma evidência da necessidade de abrigarmos todos os órgãos da saúde das (e nas) três esferas de governo sob um comando unificado ou, melhor ainda, único. A SUDENE, uma vez mais, foi muito importante, garantindo diretamente junto ao Instituto Butantan a aquisição do BHC. Gostaria de destacar que o superintendente regional da SUCAM, Fabiano Pimenta, com o seu empenho, deu uma demonstração de como poderíamos coordenar ações de saúde com vigilância sanitária. Parece-me que em Minas Gerais essa foi a primeira vez em que uma Secretaria Municipal coordenou um trabalho dessa natureza, integrando tantos órgãos, incluindo a SUCAM, que consideravam sua atribuição exclusiva esse tipo de ação.

Outra providência importante foi a instalação de um plantão diuturno no Hospital Clemente Faria, da FHEMIG, para o atendimento das pessoas inoculadas pelos aracnídeos, picadas por cobras e mordidas por cães, que inexistia na cidade. Para tomar essas providências prévias foi necessário retardar em 15 dias o início das intervenções. Isso foi o suficiente para que outro veneno acometesse o trabalho: nós (eu, mais especificamente) estaríamos aproveitando para fazer proselitismo político de esquerda, tentando tirar proveito da situação, pois acalentávamos projeto político pessoal.

Quanto a esse projeto, não o tinha naquele momento, mas seguramente o veneno das críticas ia me convencendo de que a política era o caminho para uma intervenção mais abrangente e produtiva das ações que eu acreditava serem essenciais.

Dessa época, a lembrança olfativa⁶⁸ me é muito significativa: o cheiro de BHC impregnava toda a cidade. Respondíamos a cada ocorrência, em que era pedido o socorro diante do aparecimento dos escorpiões, com o expurgo domiciliar, peridomiciliar, em logradouros públicos e em lotes vagos.

⁶⁸ Estudos indicam que a lembrança de um odor está ligada a fatores neurológicos que constroem uma memória olfativa e remetem a tempos e lugares diferentes. Para saber mais: <<http://www.revistaohun.ufba.br/pdf/ledna.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

O certo é que gastamos 3.500 litros de solução de inseticida, quase todo o BHC disponível. Além disso, foram trabalhados 2.087 lotes com serviços de roçagem e limpeza, o que denotava, em decorrência da campanha, um aumento do interesse da população pela limpeza urbana, com demanda adicional para a Secretaria de Obras e Serviços Urbanos do município. Em vista disso, tem-se que:

No mundo subdesenvolvido, esta urbanização significa aglomeração intensa, com populações grandes vivendo em espaço reduzido; saneamento inadequado, tanto em relação ao abastecimento da água, quanto aos sistemas de esgotamento sanitário e destinação de resíduos sólidos; habitação precária; proliferação de fauna sinantrópica; falta de infraestrutura urbana e agressão ao meio ambiente. Estes fatores criam as condições adequadas para a proliferação e disseminação de determinados agentes, seus vetores e reservatórios. (LUNA, 2002, p. 233)

Calculamos a média de 4,8 pessoas por domicílio expurgado, conforme os parâmetros utilizados pela SUCAM no combate a triatomíneos em área urbana, e, ainda, calculando que cada lote vago ou domicílio trabalhado beneficia em média 38,4 pessoas, temos que cada expurgo – em média – tenha beneficiado 43,2 pessoas. O raciocínio para considerar que um expurgo beneficie mais oito casas em aglomerados urbanos baseou-se na observação da capacidade de dispersão do escorpião a partir de seu foco de concentração. Foram expurgados 511 domicílios e 1.850 lotes vagos, totalizando 2.361 ações. Se realmente cada ação beneficiar 43,2 pessoas, o total protegido direta e indiretamente foi de 101.995 pessoas, aproximadamente 50% da população do município (SARAIVA, 1984).

Passada a fase de intenso ataque aos focos denunciados, no relatório sobre as atividades desenvolvidas (julho de 1984) frisamos que, se nenhuma providência estrutural fosse tomada, persistiriam as condições para a reincidência de surtos como aquele ou mesmo de outros insetos e animais. Lembramos a insuficiência e precariedade dos serviços de controle de animais nocivos e a importância de que se mantivesse a articulação dos órgãos municipais, federais e estaduais; também chamamos a atenção para a inação do Instituto Estadual de Saúde Animal (IESA/MG).

Recomendei e – mais ainda – agilizei a elaboração do novo Código Sanitário e de Posturas do município. No relatório, pesei a mão nas questões de miséria, deficit sanitário, inadequação da ocupação do espaço urbano, com o conseqüente agravamento das questões socioecológicas.

Após o surto e o susto, pespegaram-me o apelido de dr. BHC. Eu reagia dizendo que havia mais animais peçonhentos na cidade, além dos escorpiões. Instado pela imprensa a

declinar o nome desses bichos, pensei um pouco e respondi: “cobras e lagartos”⁶⁹. E não era verdade?

Outro problema inesperado, pela sua dimensão, que enfrentei em Montes Claros foi uma proliferação de insetos culicídeos, no caso as muriçocas (pernilongos, carapanãs), na área urbana. Na proposta de controle, elaborada em novembro de 1983, lembrei que o problema se apresentava menos como uma questão de saúde pública, em virtude da remota possibilidade de transmissão de enfermidades, e muito mais por afetar o bem-estar e a comodidade das pessoas. Esse era um problema antigo, que se repetia anualmente no verão, mas naquele ano ganhou uma amplitude inusitada e proporções intoleráveis. Mas é importante ressaltar que municípios importantes do país, a exemplo de Recife, conviviam com focos de filariose, transmitida por *Culex*.

Eu, que morava em uma casa, sabia bem como era difícil conciliar o sono com o zumbido e as picadas do inseto. Apelei para o uso próximo ao corpo de ventiladores e circuladores de ar, mas receava recomendar o uso em ambientes com crianças, que insistiam em colocar os dedos ao alcance das hélices. Temendo acidentes domésticos, usava cortinas de filó para protegê-las, as mesmas que me protegiam durante as viagens na região para evitar o risco de ser atacado pelos barbeiros.

Mais uma vez me vi diante da necessidade de uma coordenação interinstitucional, da mobilização da comunidade e de suporte dos órgãos de informação. Novamente, tive que colocar o dedo na ferida⁷⁰: o modo desordenado da ocupação do solo urbano e o desrespeito à natureza, o que levava a desequilíbrios ecológicos. Um dos fatores, o considerável aumento dos insetos alados, era decorrente da diminuição e até extinção dos predadores (peixes, sapos, pássaros etc.). Não havia, numa intervenção aguda, como enfrentar essas questões, mas era necessário registrar e sublinhar os fatores causadores do problema.

Embora isso não me incomodasse, eu era – e continuo sendo – (tachado de) prolixo, toda vez que não me atinha às questões “técnicas”. Esse é um método muito utilizado para cercear a fala, sobretudo quando é incômoda. É como desprezá-la, bem como o seu lugar, encaminhando-a “pro lixo”.

⁶⁹ Referência à expressão popular “dizer cobras e lagartos”, para indicar agressividade verbal.

⁷⁰ Expressão popular que indica atingir o ponto sensível, a fraqueza.

A infestação, independentemente da inocuidade em relação ao quadro de doenças transmissíveis, justificava a mobilização e o desenvolvimento de mecanismos e estratégias para o seu controle. Considerei, ainda, a existência de pessoas alérgicas, sobretudo crianças até os 9 anos de idade, cujo prurido (coceira) poderia evoluir para uma ferida (estrófulo tendo como causa a picada de inseto). Nos adultos, era comum a urticária localizada.

O *Culex pipiens fatigans*⁷¹ tem, em Minas Gerais, pouca ou nenhuma importância na transmissão da filária *Wuchereria bancrofti*⁷², agente etiológico da filariose ou elefantíase, com incidência no Sul e no Nordeste do país.

Não vou me deter na questão necessária da identificação do inseto para diferenciá-lo dos anofelinos, transmissores da malária, do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, nem discorrer sobre o ciclo de vida de cada um deles. Importante é saber que os culicídeos têm fase aquática (ovo, larva e pupa) e aérea (alada), já na forma adulta. Isso é importante para a estratégia de ação no controle do inseto. É preciso ressaltar que os pernilongos se desenvolvem em água limpa e suja, como, depois de uma adaptação, faz hoje o *Aedes aegypti*, embora os criadouros mais produtivos em sua grande maioria ainda sejam os artificiais e com água mais limpa.

Por causa da matéria orgânica, a água suja favorece a procriação do *Culex*, como também a do transmissor da dengue. Qualquer coleção de água estagnada, intra ou extradomiciliar, serviria para a postura e multiplicação desses insetos. A temperatura alta de Montes Claros, sobretudo no verão, favorecia o aumento da população de insetos com a formação de poças de chuva e o menor tempo para completar o ciclo de ovo a adulto.

É importante lembrar que, à época, não havia campanhas para divulgar as medidas preventivas para toda a população, sobretudo através da televisão, promovendo os hábitos necessários para se evitar esse problema recorrente. Isso só viria muito depois, com a emergência da dengue como problema de saúde pública no país. Se bem que o país já tivesse registrado uma epidemia de dengue na cidade de Boa Vista, em Roraima, no ano de 1982, ela foi logo debelada com um eficiente plano emergencial de combate ao vetor (SILVEIRA, 1998).

Depois do estabelecimento da metodologia, descrevemos o que faríamos, concentrando as atividades de controle na fase aquática do inseto. Precisávamos desobstruir os

⁷¹ Mosquito da família *Culicidae*, também conhecido como *Culex quinquefasciatus*, é um vetor potencial de agentes patogênicos causadores de doenças no homem. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_culex_quinquefasciatus.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

⁷² Parasita comum em regiões de clima quente. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_filariose_linfatica.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

fluxos de água dos córregos, muitos com margens cobertas por vegetação e lixo. Em algumas situações, teríamos que drenar a água acumulada em sucos ou coleções formadas pelo transbordamento. Escancarei o problema dos esgotos que corriam a céu aberto, sobretudo em bairros pobres da periferia.

Sempre, do nível local ao Ministério da Saúde, acreditei no potencial das cartilhas, que deveriam ser discutidas com os alunos da educação básica, numa rede que propiciaria informações aos pais e familiares, aumentando a superfície de contato da informação/comunicação. O mesmo deveria ser feito nos centros de saúde. Daí a importância de sincronizar as ações de saúde pública, interdisciplinarmente, para assegurar o êxito de qualquer intervenção nas áreas de saúde, saneamento e socioambiental.

A omissão por desídia ou premeditada, negacionista, como acontece hoje com as medidas protetivas, não farmacológicas, e com a vacinação contra a SARS-CoV 2 (COVID) pelo governo federal, despotencializa qualquer ação coletiva de saúde pública nas três esferas de governo, prejudicando o conjunto da população. O negacionismo, a incompetência, a inépcia e a falta de empatia, senão mesmo a crueldade, fizeram pano de fundo à corrupção nas aquisições de imunizantes. Foi necessário que as unidades federadas subnacionais, e sobretudo os municípios, tomassem a dianteira, impedindo até a sonegação de dados sobre casos e óbitos. Também passaram a fornecer dados sobre o andamento da vacinação, tardiamente assumida. Essas esferas propiciaram a criação do “Consórcio de Imprensa” que passou a divulgar diariamente as informações à revelia do Ministério da Saúde.

Eu me orgulho não apenas de promover a descentralização do comando das redes de atendimento como bandeira, mas de ter podido promover, a partir da Secretaria de Saúde de Minas, uma municipalização maciça, com seus erros e acertos. Mas isso é assunto para ser dissecado em outro momento deste trabalho. Registro apenas que essa iniciativa impediu que a catástrofe que estamos vivendo tenha contornos ainda mais sombrios. E foram os laboratórios públicos, como o da FIOCRUZ e o Butantan, que asseguraram, por sua competência e prestígio internacional, as parcerias necessárias à produção das vacinas.

Isso a despeito de o Programa Nacional de Imunizações (PNI) deter uma experiência exitosa, internacionalmente reconhecida. Atualmente, o SUS conta com cerca de 40 mil salas de vacinação (mas já contou com 58 mil), uma estrutura que, se bem utilizada, é um verdadeiro mata-borrão de imunizantes, como disse o poeta Mário Quintana: “O mata-borrão absorve tudo” (QUINTANA, 1988). Nesse momento, estou envolvido numa pesquisa, patrocinada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que estudará os múltiplos fatores envolvidos na queda da cobertura vacinal dos últimos dez anos. O Núcleo de

Pesquisas em Saúde (NESCON/UFMG) foi selecionado para desenvolver esse trabalho, para além dos “achismos” elencados à falta de aferição científica.

Para a vacinação, campanhas são criadas por pesquisadores e entidades científicas, que buscam, incansavelmente, reafirmar a relevância das pesquisas, da ciência, da informação como caminho para salvar vidas e diminuir os impactos pandêmicos. Hoje as críticas giram em torno da pequena mobilização das campanhas oficiais, do deficit de informação idônea e do negacionismo e obscurantismo do governo federal (ESCOBAR, 2021).

Mas voltemos ao trabalho de controle da proliferação de culicídeos em Montes Claros. Cuidamos de mapear na área urbana, pavimentada ou não, os drenos obstruídos de águas pluviais, mantendo os declives adequados e livres de obstáculos (lixo, vegetação etc.) que, impedindo a circulação livre da água, favoreciam a formação de poças, locais propícios à procriação dos insetos. Encontramos a maioria das “bocas de lobo” obstruídas.

Centramos a atuação inicialmente na informação/comunicação através dos centros de saúde, visitas domiciliares, palestras e distribuição de cartilhas nas escolas e associações comunitárias, insistindo em que os acúmulos domésticos, em jardins e quintais, eram até mais favoráveis que as outras supracitadas para a multiplicação dos pernilongos. Atenção especial foi dada às lajes sem telhados, muito frequentes, às calhas e caixas d’água, quase sempre destampadas. Cuidamos para que a cobertura da imprensa local, sobretudo da televisão que era afiliada da Rede Globo, propiciasse a fala dos moradores dos bairros, de crianças e jovens, que apresentavam o problema e pediam a colaboração de todos.

A tentativa era que o trabalho não fosse visto como uma “campanha”, devendo ser objeto de cuidados permanentes com ações que deveriam ser avaliadas anualmente. Tínhamos a consciência de que não há nenhuma possibilidade de controle do *Culex* (ou do *Aedes aegypti*) sem que a população se envolva cuidando das próprias residências, das áreas externas a ela, e que haja providências coetâneas dos vizinhos.

Uma vez mais aparecia a questão dos lotes vagos, alguns murados, inclusive nas chamadas “áreas nobres”, e muitos usados como depósitos de lixo, onde, além de haver outros insetos e roedores, formavam-se poças d’água. Aproveitamos a informação acumulada do combate ao surto escorpiônico e a experiência do pessoal de campo dos órgãos que colaboraram nessa atividade.

Demos início a esse trabalho. De fevereiro à julho, mapeamos as áreas onde a situação era mais incômoda e cuidamos da articulação interinstitucional (SUCAM, SES/MG, CODEVASF, 12ª DRE/SE/MG, DER, DNOCS, SETAS/MG, EMATER, Associações Comercial e Industrial, Clube de Diretores e Lojistas, Lions, Rotary, Lojas Maçônicas, 55º

Batalhão de Infantaria do Exército, 10º Batalhão da PM/MG, Entidades Religiosas, Veículos de Imprensa, Associações Profissionais, Clubes Esportivos e Recreativos, Câmara Municipal, Associações de Moradores e Amigos dos Bairros, empresas, Associações de Classe, Faculdade de Medicina de Montes Claros). Fiz um paciente trabalho de articulação, contornando vaidades, distribuindo tarefas, destacando e valorizando a participação de cada uma e de todos, mostrando a importância do sincronismo de cada uma das atividades para que o controle fosse mais efetivo e sustentável.

As visitas domiciliares dos guardas sanitários e agentes de saúde, o esgotamento dos utensílios domésticos, que acumulavam água, o convencimento para o descarte de sucatas como pneus usados etc. exigiram um esforço urgente. O uso de larvicidas e de óleo diesel já utilizado (petrolização) nas coleções de água impedia que as larvas respirassem adequadamente, interferindo no ciclo evolutivo, e que as pupas usassem o seu tubo respiratório nas coleções de água. Como não havia recursos para adquirir óleo, contamos com a contribuição da Associação Comercial, que mobilizou os donos de postos de gasolina da cidade.

O desprendimento mais lento do petróleo propiciava efeitos (asfixiante, larvicida e de vedagem da postura) mais prolongados. Foram também utilizados inseticidas do grupo dos clorados, como DDT e BHC. Apesar de serem mais eficazes e de melhor duração (efeito residual), não puderam ser usados em locais de água utilizável por animais e pessoas ou onde houvesse peixes. Consideramos que o uso reiterado desses produtos facilitava o desenvolvimento de insetos resistentes. O DDT mostrou uma eficiência apenas relativa. Tivemos que fazer uma mistura de clorados e fosforados, como o malation e o paration⁷³, em proporções recomendadas num sistema de rodízio, balanceando a potência e toxicidade da composição, buscando diminuir o desenvolvimento da resistência aos agentes.

A grande questão que me preocupava, e eu a dividia com técnicos especialistas, era como dosar a intervenção química, buscando preservar o processo natural de controle biológico feito por predadores dos insetos e de suas larvas: libélulas, pássaros, morcegos e sapos. Se bem que soubesse que os mais eficazes eram os peixes de águas pouco profundas, como o barrigudinho (*Poecilia reticulata*), esse meu cuidado se desvaneceu ao constatar que a espécie quase não existia, por não resistir à poluição nas coleções hídricas da cidade, que lhe privava a oxigenação.

O controle efetivo é uma tarefa complexa, não havendo um protocolo único que possa ser aplicado para uma determinada população de insetos em qualquer região do mundo. Por

⁷³ Compostos orgânicos de alta toxicidade.

isso, deve-se dispor de várias estratégias para que a execução seja integrada, seletiva, econômica e adequada à realidade de cada região (BRAGA e VALLE, 2007).

Consegui uma atuação afinada com a Secretaria de Obras e Serviços Urbanos e, no aspecto de divulgação/informação/comunicação, com as Secretarias de Educação, Cultura e Desportos do município, bem como com a Assessoria de Comunicação (ASCOM). O controle aéreo, através de fumacê (aplicação a Ultra Baixo Volume), foi pouco usado, pois dispúnhamos de apenas um veículo adaptado para tal. Já a aspersão de superfícies (borrifação residual) foi mais utilizada com o uso da bomba costal.

Advertimos que a utilização indiscriminada de repelentes, no ambiente e principalmente na pele, provocava – esta era uma constatação dos auxiliares de saúde, pessoal de enfermagem e médicos – vertigens, suores frios, dores de cabeça e vômitos. Recomendamos, para quem pudesse adquirir, a telagem de janela com malha fina. Tentei, mas não consegui recursos para tal, fornecer à população esse meio de proteção não agressivo ao ambiente e às pessoas. Centramos o controle nas coleções de água paradas ou focos aquáticos.

Para todas as providências institucionais prévias e as das ações de campo, passaram-se quase dez meses. A superposição com o controle da atividade escorpiônica foi benéfica, uma vez que pude, utilizando recursos do convênio com a SUDENE, desenvolver ações de saneamento que eram comuns. O problema foi atenuado. Dessa vez as críticas foram escassas, até porque havíamos tido êxito no controle nessa atividade. Embora esse surto causasse mais preocupação, a área de ocorrência afetava com maior efeito as populações mais vulneráveis da periferia. Já os pernilongos aporrinhavam a vida de gregos e troianos.⁷⁴

Como a intervenção para o controle da proliferação de culicídeos foi episódica, esses insetos continuam incomodando a população, mas não sei se com o ímpeto daquele ano de 1983, como se parte das dez pragas lançadas contra o Egito⁷⁵ tivesse se extraviado para Montes Claros. Mas, devo confessar, aprendi muito ao organizar essas intervenções nas áreas sanitária e ecológica e a soltar as minhas diatribes contra as causas e os causadores de tais padecimentos à população. Tive – ao fim e ao cabo – muito reconhecimento por revirar o lixo do descaso e do desinteresse de dirigentes e da minoria abastada da cidade.

Embrenhando-me nas informações sobre animais peçonhentos e como enfrentá-los, tornei-me – sem pretendê-lo – referência para muitos municípios do país que enfrentavam

⁷⁴ Expressão popular para indicar pessoas com diferentes concepções.

⁷⁵ Expressão apropriada da Bíblia, em que se relatam dez pragas que assolaram o Egito para convencer o Faraó a deixar o povo ir com Moisés. Fonte: BIBLÍIA, A. T. Êxodos, Vers. 7-11. In: **Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamento**. Trad. João Ferreira de Almeida. 2 ed. São Paulo. p. 56-62.

problemas da mesma ordem e para tal não tinham nenhum suporte sistematizado por parte do governo federal e/ou estadual. Ademais, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) incluía apenas os gestores nacionais e estaduais na sua coordenação e operacionalização, pois na época de sua formulação, em meados da década de 70, os municípios não desempenhavam nenhum papel na gestão do sistema de saúde ou das ações de saúde pública (SILVA JUNIOR, 2004).

Algumas pessoas que correram os olhos neste texto alertaram-me acerca da prolixidade, de um pretense didatismo já esgotado em compêndios de parasitologia, de fugir do objetivo de mostrar o meu envolvimento na construção do SUS. Mas, desonerado de cuidar do atendimento direto à saúde (ou à doença), a cargo do CRS/Montes Claros, e sendo a minha afinidade com a direção muito grande, tive tempo e disposição de enfrentar outros problemas, o que me fez aprender muito fora da caixinha. Aliás, problemas interligados ao bem-estar, à saúde e à segurança da população.

Lidei, aprendendo a reconhecê-los com os mesquinhos interesses que dificultam – lá no município, nas periferias das grandes cidades, no Brasil profundo – a emancipação sociopolítica da população, bem como com os entraves que se articulavam/articulam com as forças hegemônicas em outras esferas, constituídas nas unidades federadas e no plano nacional. Pude desenvolver os antídotos e as artes que me ajudaram a seguir em frente.

Posso até reduzir este texto a alguns parágrafos, apesar da importância que essas atividades têm para mim e como me ajudaram a desenvolver habilidades como gestor e agente político, em funções administrativas e como agente político.

Encerro com a resposta de Amílcar Barca, estadista e general cartaginês, para a sua esposa, incomodada em ver o filho dileto treinando artes marciais com os mercenários que meu pai havia tomado para o serviço da casa, no pátio inferior, defronte das cavalariças: – “Amílcar, não te parece que Aníbal deveria passar menos tempo com os mercenários? Todo dia ele volta cheio de piolhos”. – “Não há glórias sem piolhos.” – Era a seca resposta de meu pai. – “Um Barca deve acostumar-se a eles.”⁷⁶ (GALAN, 1990, p. 21). Poderiam ser aracnídeos e culicídeos. A picada dos primeiros pode ser fatal. A dos outros incomoda, aporrinha e tira o sono.

⁷⁶ GALAN, Juan Eslava. **Eu, Aníbal**. Trad. Hermínio Tricca. São: Editora Mercúryo, 1990.

Antes de relatar a importância do *4º Encontro do Setor Saúde* e o *3º Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde*, farei um breve preâmbulo sobre as propostas de descentralização das políticas públicas no Brasil, bem como sobre os antecedentes desses eventos na área da saúde.

Na história do Brasil, verificamos ser recorrente a presença de propostas de descentralização político-administrativas no ideário e nas constituições elaboradas em tempos de democracia. Já o binômio autoritarismo-centralismo é uma constante nas constituições outorgadas por regimes antidemocráticos, como o de 1964. Nestes, a centralização decisória e de recursos financeiros funciona como instrumento de subordinação política, ao mesmo tempo que dilatar a autonomia periférica é visto como ameaça à pretensa estabilidade política, por ampliar a possibilidade de dissensos, com a vocalização de projetos dissonantes. Essa é uma herança do nosso processo de colonização e da nossa institucionalidade histórica, que tem seus lampejos no império e chega à frágil república que erigimos, na qual os “acordos pelo alto” perpetuam o acerto de poder entre as elites:

Durante o regime militar, as relações intergovernamentais do Estado brasileiro eram, na prática, muito mais próximas às formas que caracterizam um Estado unitário do que àquelas que caracterizam as federações. Com efeito, governadores e prefeitos das capitais e de cerca de 150 cidades de médio e grande portes foram destituídos de base própria de autonomia política: selecionados formalmente por eleições indiretas e, de fato, por indicação da cúpula militar, sua autoridade política não era derivada do voto popular. Além disto, todos os governadores e prefeitos detinham escassa autonomia fiscal: a centralização financeira instituída pela reforma fiscal de meados dos anos 60 concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal e, ainda que tenha ampliado o volume da receita disponível dos municípios, uma vez realizadas as transferências, estas estavam sujeitas a estritos controles do governo federal. (ARRETCHE, 1999, p. 113)

Assim é que, em 1963, a *III Conferência Nacional de Saúde*, convocada pelo ministro Wilson Fadul nos estertores do governo do Presidente João Goulart, sob forte influência do professor Mário Magalhães da Silveira, expoente do sanitarismo desenvolvimentista, propunha no seu relatório final que “A municipalização dos serviços médicos-sanitários terá, por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião da grande maioria dos técnicos de Saúde Pública, é acertado” (BRASIL, 1992, p. 193). O golpe militar de 1964 cuidou de ceifar essa perspectiva. Como acentua Flávio Goulart:

É consensual a influência das políticas centralizadoras, recrudescidas a partir de 1964, no estado de organização dos sistemas sociais do País, particularmente na saúde. Como decorrência, gera-se um marcante afastamento dos municípios do processo de tomada de decisões das políticas públicas. Pode-se dizer, mesmo, que com o golpe de

1964 estabeleceu-se no Brasil um definido movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais no âmbito do Estado. (GOULART, 1996, p. 13)

A própria Lei 6.229, de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975), que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, chegou a atribuir ao município o que não interessava categoricamente ao setor privado, a responsabilidade principal pelos serviços de emergência (como acontece até hoje).

Mas a partir de 1978, com os incipientes encontros municipalistas de Teresina e Campinas, em meio à ebulição do Movimento Sanitário Brasileiro, passou-se a discutir o engajamento dos municípios na luta pela reestruturação da saúde de suas populações. De um viés técnico inicial, eles foram se politizando, denunciando, a um só tempo, o alijamento dos municípios do processo de formulação e execução das políticas sociais, particularmente a da saúde, bem como o atrelamento da mudança à redemocratização do país. Esses encontros foram ganhando musculatura a partir dos que se sucederam, o de Niterói (1979), de Belo Horizonte (1981) e de São José dos Campos (1982).

Embora o Brasil não tivesse participado oficialmente da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, 1978), seus ecos impulsionaram os debates nos meios universitários e, através destes, nos municípios.

Luiz Augusto Facchini (2018) lembra que a Revolução Cubana (1959) promoveu a ideia de que a prática da oferta de serviços de saúde deveria estar mais próxima à moradia das pessoas. Existiam em diferentes regiões do mundo experiências isoladas desse tipo, mas elas não tinham um modelo definido de atenção primária. Esse modelo emergiu em Alma-Ata, explicitando ideias abrangentes para o atendimento integralizado da saúde.

Como aponta o autor, Alma-Ata foi inspiradora e abrangente: pensava a formação de profissionais e das equipes de saúde em articulação com as academias, as pesquisas envolvendo a prestação e a organização de todo o sistema de atendimento. Foi inspiradora para a Estratégia Saúde da Família, que, em boa medida, pode ser considerada uma das experiências mais bem-sucedidas do país (FACCHINI, 2018, p. 3).

Outro fator que catalisou essa discussão foi o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Lançadas pelo Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982 e implementadas mais eficazmente a partir de 1983, elas permitiram que estados e municípios assumissem um papel mais efetivo no tocante à atenção básica em saúde. Isso se deu com a criação das Comissões Intergestoras nos âmbitos municipais (Comissões

Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS) e estaduais (Comissões Intergestores Bipartite – CIB).

Como secretário de Saúde e Ação Social, organizei em Montes Claros o *4º Encontro do Setor Saúde* e o *3ª Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde*. O período de 5 a 8 de fevereiro de 1985 não poderia ser mais propício; estava entre a eleição no colégio eleitoral e a posse do presidente Tancredo Neves, de quem eu me aproximara, sendo um dos coordenadores da campanha que o levou ao governo de Minas em 1982. O dr. Tancredo, em reuniões para a montagem do seu governo, distinguia-me chamando-me pelo nome, e como era do seu feitio, puxando-me de lado, comentando alguma coisa reservadamente. Se o poder é afrodisíaco, como repetia Ulysses Guimarães, ele também tem cheiro forte. Às vezes, fede.

O certo é que fui instado a realizar o evento no Norte de Minas, pelo peso do simbolismo do Projeto Montes Claros na saúde pública brasileira e pelo papel esperado do governo Tancredo Neves, que, além de representar a reconquista do governo pelo poder civil, agregava o imaginário da tradição libertária de Minas Gerais (sem esquecer os tropeços, como a participação do governo estadual e de lideranças expressivas do estado no golpe de 1964). A expressão Nova República diz bem sobre o ânimo daqueles tempos. Apesar do apoio político decidido do prefeito e da equipe da prefeitura, para obter os recursos necessários tive que recorrer ao apoio de entidades de classe, como a Associação Comercial e a Sociedade Rural, que congregavam a então aristocracia da cidade. Lá, muitas vezes, o sobrenome valia mais que o dinheiro.

Meu destemor e minha habilidade, seja para enfrentar ou contornar conflitos, e os êxitos, ainda que provisórios, nas empreitadas contra escorpiões e pernilongos, ao invés de minarem a parcela de prestígio e poder de que eu pudesse desfrutar, fizeram com que eu granjeasse, se não a simpatia, o respeito da burguesia local. Pude assim produzir material de divulgação, reservar aposentos para os conferencistas e garantir o melhor salão de encontros da cidade, o do Automóvel Clube local. Fiz daquela oportunidade um meio de reunir o movimento sanitário brasileiro.

Além disso, fiz a articulação com os secretários municipais e estaduais de todo o país, com os parlamentares envolvidos, desde 1979, com a realização dos *Simpósios sobre Política de Saúde* da Câmara dos Deputados, como Carlos Mosconi, Euclides Scalco, Raimundo Bezerra, Ubaldo Dantas, Eduardo Jorge, Almir Gabriel, dentre outros. Guardo com carinho as gravações das participações do Arouca, do Hésio, do João Yunes, do Nelsão, do Chicão, do Dario Tavares, do Eugênio Vilaça, do José da Silva Guedes, do Mozart Abreu e Lima, e de

outros batalhadores pela construção do SUS. Creio que só de fazer essas menções já estou cometendo lapso grave.

Mas a presença de gente interessada na discussão das questões de saúde na Nova República fugiu ao controle. Só de secretários municipais de Saúde, tivemos a presença de 150, representando todas as regiões do país. Depois de esgotados os aposentos nos hotéis e os leitos cedidos pelo pessoal da saúde que atuava no município, tive que alugar dois motéis da cidade, que ficaram totalmente à disposição dos convidados. Isso deve ter incomodado muita gente, já que a cidade dispunha de apenas três estabelecimentos dessa natureza, mas as queixas não chegaram a mim. Na minha casa hospedaram-se o Eric Jenner Rosas e o Luiz Cordoni.

Nas vezes que convidei o dr. Tancredo, a resposta era basicamente a mesma: diga ao seu pessoal que vou estar lá, de alguma maneira. Essa frase me agradava por ele se referir às companheiras e companheiros da Reforma Sanitária como o “meu pessoal”. Mas me deixava com a pulga atrás da orelha, porque estar presente “de alguma forma”, em mineirês e tancredês⁷⁷, significava que mandaria um representante. Só fiquei sabendo quem seria na véspera dos *Encontros*, quando o prefeito Tadeu Leite recebeu um telefonema da dona Antônia, secretária do dr. Tancredo, comunicando-o da presença do senador Marco Maciel como representante do presidente eleito e pedindo-lhe que organizasse a recepção e cuidasse da sua estadia na cidade.

O salão de baile do clube estava organizado para abrigar 400 pessoas, mas, pressentindo uma presença maciça de participantes, ampliei os assentos para acomodar mais 100 pessoas. Ainda assim não foi suficiente. Ainda que o tema central fosse a municipalização, as discussões transbordaram para a análise do momento político (a conferência do senador Marco Maciel foi sobre a conjuntura política da transição) e a importância da unificação dos serviços de saúde, o que pode ser atestado pelo documento final da reunião, a Carta de Montes Claros, cognominada Muda Saúde⁷⁸. Falaram, como conferencistas ou debatedores, representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, secretários estaduais e municipais, do CEBES e da ABRASCO, de universidades e representantes da sociedade civil. Os expoentes do movimento sanitário apresentaram as suas críticas e erigiram os preceitos para a reorganização do sistema de saúde brasileiro.

⁷⁷ Referência a variações de linguagem de Minas Gerais e ao modo singular de pronúncia do presidente Tancredo Neves.

⁷⁸ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

Acerquei-me do representante do dr. Tancredo e tive o consentimento para reuniões em separado, avisando que seriam apresentados nomes para a ocupação de cargos e pedindo que ele ajudasse no encaminhamento ao presidente eleito. Tive a nítida sensação de que o senador Marco Maciel estava orientado para dar vazão a esse rito. Lembro-me de que enfatizamos a importância do Hésio Cordeiro ocupar a presidência do INAMPS e do Arouca presidir a FIOCRUZ. A lista das pretensões era maior, mas não me lembro de outros encaminhamentos, até porque nesses espaços, caso vigessem as indicações, muita gente poderia ser abrigada.

O dr. Marco Maciel foi muito cuidadoso. Disse que seria apenas o emissário das indicações, que deveriam ser apreciadas pelo dr. Tancredo e pelos ministros a serem indicados para a área da saúde. Ele desconhecia esses encaminhamentos e se esquivou de pistas ou nomes cogitados. Mas nós sabíamos que para a saúde o nome seria o do deputado Carlos Santana, que tivera atuação destacada no colégio eleitoral, e era um postulante desinibido ao cargo. O fato de ter dispensado uma atenção especial a esse assunto, recebendo com zelo as sugestões, demonstrava que o dr. Tancredo contava com isso.

Senti-me orgulhoso pela envergadura dos *Encontros* e pelo *timing* apurado. A Carta de Montes Claros, que sintetizava os pontos e encaminhamentos dos eventos, foi publicada na Revista *Saúde em Debate*, nº 17, julho de 1985.⁷⁹ Foi um documento denso, cujas articulação dos relatórios dos grupos temáticos e redação final couberam ao Hésio Cordeiro.

De fato, a Carta de Montes Claros inventariou as propostas de mudanças construídas nos encontros municipalistas anteriores e se coaduna com o ideário de reformas catalisadas naquele momento de mudança política.

Os *Encontros de Secretários Municipais de Saúde* iniciaram na década de 70, e “representaram um espaço de expressão das pautas dos municípios e de amadurecimento dos gestores municipais como atores políticos determinantes no cenário da saúde pública brasileira” (GOULART, 2020, p. 21). Em todos os encontros, construía-se um documento: as Cartas Municipalistas, reunidas no trabalho de Flávio Goulart (1996), em que se registravam as diretrizes, as recomendações, as conclusões e a posição dos municípios frente ao contexto de saúde da época.

⁷⁹ Revista Saúde em Debate. **Por uma Política Democrática de Saúde – Pela Constituinte**. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Belo Horizonte, n. 17, jul. 1985. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.17+-+jul&pesq=&x=41&y=16>. Acesso em: 21 jul. 2021.

O primeiro encontro ocorreu no ano de 1978, em Teresina (PI), e contou com oito secretários de saúde da região nordestina. As pautas eram o financiamento, a capacitação técnico-administrativa, o direito de o município legislar com autonomia segundo as particularidades locais. No mesmo ano, o *1º Encontro Municipal do Setor Saúde*, em Campinas, contou com a participação de 61 municípios de 16 estados diferentes. Entre os temas, discutiam-se o atendimento de pequenas emergências em postos de saúde sob a competência do município e casos complexos sendo transferidos para hospitais dos órgãos estaduais e federais. Registra-se que a integração dos serviços de saúde com os demais serviços seria essencial, considerando-se, ainda, que questões políticas influenciavam de forma contundente as ações da saúde, devendo ser tratadas como indissociáveis.

Em 1981, o *1º Encontro Nacional de Secretários de Saúde* reuniu cerca de 80 municípios em Belo Horizonte. Defendia-se a organização para o poder e atendimento básico “em nível local, com a participação da comunidade. [...] A União e o Estado devem repassar recursos aos municípios, sendo que aqueles que mantêm atendimento secundário e terciário devem ser tratados em pé de igualdade com a rede particular” (GOULART, 1996, p. 83). Os encontros sucediam com crescente adesão.

A cidade de Montes Claros (MG) sediou o *4º Encontro do Setor Saúde* e o *3ª Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde*, em fevereiro de 1985. Para Goulart, esse evento representou um divisor de águas para as propostas municipalistas:

[...] consolida esta etapa de primeiros passos, ao dar dimensão nacional para a discussão municipalista, além de lançar as bases para a institucionalização do movimento. Tal encontro coincide, propositalmente aliás, com um momento político particularmente efervescente, com as discussões sobre o plano de governos de Tancredo Neves e, principalmente, com a disputa pelos cargos no governo que iria se iniciar no mês seguinte ao do evento. A energia do movimento municipalista de saúde canaliza-se, então, para garantir o avanço das AIS no novo governo, preparar terreno para a VIII Conferência Nacional de Saúde, conquistar alianças internas e externas à saúde... (GOULART, 1996, p. 21)

O documento final dos eventos, a Carta de Montes Claros (Muda Saúde), que inventariava as propostas do Movimento Sanitário até aquele momento, é o primeiro dos documentos que tratava a municipalidade com alusão toponímica. Ela se inicia com a afirmativa de que suas diretrizes “deverão ordenar a Política Nacional de Saúde do futuro governo Tancredo Neves, como parte do compromisso com o povo brasileiro para a transição e consolidação da democracia” (GOULART, 1996, p. 43).

É interessante dizer que a Carta de Montes Claros não era “uma proposta municipalista ou municipalizadora” em si mesma, mas, em consequência da importância do Projeto Montes

Claros, possuía “um grande poder e influência sobre o imaginário dos que lidavam com as questões de saúde nos municípios” (GOULART, 1996, p. 41). Representava bem o acúmulo das discussões do Movimento Sanitário, recomendando:

1. Priorização de uma rede própria municipal;
2. Conceituação da Atenção Primária à Saúde, com certo distanciamento do basismo e da simplificação das propostas anteriores, resgatando as necessidades de integralidade, qualidade e difusão de informações;
3. Integração interinstitucional, com ênfase em regionalização e hierarquização da rede de serviços, definição entre esferas de governo e níveis de complexidade;
4. Revisão das políticas de financiamento, com reforma tributária, de recursos humanos e da participação social, incluindo trabalhadores de saúde;
5. Ampliação do conceito de saúde e suas práticas. (GOULART, 1996, p. 43)

Gostaria de lembrar que, nos encontros anteriores, o documento oficial produzido era complementado por uma série de moções. O relatório final da reunião de Montes Claros mostra o didatismo, a capacidade de síntese e a apreensão das discussões e propostas feitas até aquele momento, contemplando todas as instituições e lideranças ali presentes. Acompanhando de perto a sua elaboração, admirei-me do trabalho desenvolvido pelo Hésio. Ressalto no documento o entrelaçamento entre política econômica e política social; a unificação do comando do sistema por esferas de governo; a universalização do acesso e a integralidade da atenção; a conotação de interesse público das ações de saúde; a centralidade do setor público; o papel complementar do setor privado; a efetiva descentralização dos órgãos gestores; a criação dos fundos das três esferas de governo com descentralização sanitária; a definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia adequadas ao novo sistema; o desenvolvimento das bases de tecnologia nacional de medicamentos, imunizantes e equipamentos; o acesso ao serviço público exclusivamente por concurso; contratações de serviços e materiais via processo licitatório publicizado; a definição de percentuais orçamentários para se evitem recuos no financiamento ou substituição de fontes; a efetiva descentralização e municipalização da gestão dos serviços; a importância de uma justa reforma tributária que onere os grupos de maior renda e os ganhos de capital; a participação popular com a criação de canais decisórios em todos os níveis; a democratização da informação e do conhecimento; o enfoque dos determinantes sociais no processo saúde/doença.

O documento refletia um contexto de mudança política (Tancredo) em que a democracia pressupunha a liberdade de expressão e o atendimento das reivindicações populares. Isso expressava a compreensão de que as políticas deveriam obedecer aos princípios da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A racionalização das atividades deveria ser urgente, bem como a transparência, a integração dos serviços, a regionalização,

enfim, todas as estratégias que corroboravam uma nova proposta de atendimento à saúde. Nesse sentido, Goulart (1996) acredita que

A Carta de Montes Claros é o primeiro dos documentos municipalistas com referência toponímica. Ela se inicia com a afirmativa de que suas diretrizes “deverão orientar a Política Nacional de Saúde do futuro governo Tancredo Neves, como parte do compromisso com o povo brasileiro para a transição e consolidação da democracia”. A redação coube ao Hésio Cordeiro. A carta reforça e enfatiza as posições já lançadas no cenário desde o ano anterior, através de documentos do CEBES (Questão Democrática na Área da Saúde), do CONASS e do V Simpósio de Política Nacional de Saúde [...]. (GOULART, 1996, p. 43)

Esse material resultante do evento pode ser considerado relevante fonte histórica no processo da municipalização. Com gradação política e apelo democrático, pretendia-se orientar a Política Nacional de Saúde, explicitando a interdependência das políticas econômica e social:

As decisões quanto à formulação da política econômica e a definição das autoridades governamentais que implementarão esta política são cruciais e precedem a definição das políticas sociais. Assim, a política e as autoridades da área econômica devem refletir o anseio de mudança manifestado pelo povo nas praças, durante a campanha pelas eleições diretas para presidente da República. Devem ser garantidos políticas de reativação da economia, ampliação do nível de emprego, reposição salarial, reajustes salariais de acordo com a inflação e recursos orçamentários para os gastos estatais na área social. (GOULART, 1996, p. 86)

A defesa explícita na Carta de Montes Claros de políticas que abarcassem a saúde em suas pluralidades e singularidades, com demandas locais específicas, ressaltava de forma contundente o exercício democrático com “a participação popular em todos os canais decisórios e em todos os níveis, visando a formulação, a execução e o controle das medidas governamentais” (GOULART, 1996, p. 87). A criação e a ampliação dos canais de comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde serviriam, também, como fonte de conhecimento para fatores externos que afetam as condições de saúde, como alimentação, saneamento básico, condições adequadas de moradia e de emprego, aspectos econômicos.

No quesito das finanças, o documento reconhecia a necessidade de se pensar uma reforma tributária redistributiva que viabilizasse e garantisse os recursos em médio e longo prazo para os estados e municípios. Reivindicava-se 8% do orçamento total do município para a saúde como piso. No caso dos hospitais e pronto-socorros, estes deveriam contar com a participação majoritária da União e do Estado.

Outra demanda oportuna da carta era a intersetorialidade. A integração da saúde com diferentes instâncias e áreas (educação, moradia e saneamento) garantiria a promoção e proteção da saúde. Os serviços de atenção primária deveriam ser a porta de entrada para outros

níveis de atendimento. Quanto aos recursos humanos, a Carta de Montes Claros propunha a capacitação técnico-científica e a participação destes em todas as instâncias, como no planejamento, na supervisão, na avaliação e na gerência. Os profissionais deveriam contar com plano de cargos e de salários.

A repercussão do documento foi um marco, não somente pelo número de participantes, mas pelo tom político que o margeou. A ideia de municipalização subjacente traduzia a efervescência democrática daquela década, como lembra Sonia Fleury Teixeira (2009). Para a autora, tentava-se um resgate da dívida social fomentando-se diversos movimentos com fins de uma reordenação das políticas sociais, num processo intenso evidente:

[...] na década de oitenta através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário. (TEIXEIRA, 2009, p. 745)

Para Flávio Goulart, a reunião ocorrida em Montes Claros foi um marco de referência do municipalismo, ou seja, foram “Os primeiros passos como Movimento Organizado” (GOULART, 1996, p. 18). Foi após esse evento que se consolidou a criação dos conselhos ou entidades representantes dos secretários municipais de saúde (COSEMS) nos estados, propiciando-se uma estratégia ascendente de discussões do tema, o que permitiu o amadurecimento e a ampliação das proposições para a esfera nacional (CONASEMS). O autor assinala, ainda, que esse período marcou com os diálogos entre o governo e os setores sociais da saúde, e, apesar do impacto da morte do Tancredo Neves, o movimento conseguiu participar da indicação de cargos de relevância no MS e no MPAS/INAMPS.

Passados o *4º Encontro do Setor Saúde* e o *3ª Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde*, e vivendo ainda a sua repercussão, continuei participando das articulações para a formação da equipe do novo governo. Triangulava entre Montes Claros, Rio de Janeiro e Brasília, e considerava a minha mudança para Brasília ou o Rio de Janeiro.

O dr. Tancredo sugeriu que eu me encontrasse com o deputado Carlos Santana, a esta altura já compondo a sua equipe ministerial na saúde. O Eleutério providenciou a reunião, na qual fui indagado pelo futuro ministro sobre em que área, de acordo com o meu perfil, eu poderia compor a nova equipe. Sem pestanejar, sugeri que poderia ser a Secretaria Nacional de

Programas Especiais de Saúde (SNPES). Em vez de devolver a pergunta, deixando o ministro à vontade para decidir, arcando com o ônus da colocação, sugeri um cargo que estava reservado à dra. Fabíola Nunes de Aguiar, sua companheira e eminente sanitarista.

Sinceramente não acho que a equipe ministerial tenha se empenhado para que eu viesse a ocupar um cargo ali. O contato direto que eu tinha com o dr. Tancredo era visto com desconfiança, com certo desconforto. Isso não me abatia. Sempre considerei que as disputas, institucionais ou políticas, geracionais e pessoais, fazem parte das relações de poder.

O contato esfriou e me resignei a continuar em Montes Claros. Mas, dias antes da posse, encontrei-me com o presidente eleito durante um coquetel em sua homenagem. Ele tomou a iniciativa de me perguntar como fora o encontro com o dr. Carlos Santana. Relatei-o sinteticamente. Ele me olhou e fez uma outra sugestão: rapaz, vou falar com o Waldir Pires. Você sabe, o INAMPS tem muito mais dinheiro do que o Ministério da Saúde. A conversa parou por aí. Fiquei matutando: será que valeria a pena essa entrevista?

Voltando a Montes Claros, contei essa conversa para o Mário Ribeiro, vice-prefeito da cidade, que ficou eufórico. Ligou para o Darcy, então vice-governador do Rio de Janeiro, que compartilhou do seu entusiasmo. O Mário começou a me contar sobre a relação sua e do irmão com o Waldir Pires. Em 1964, os dois haviam deixado o país juntos num monomotor providenciado pelo então deputado Rubens Paiva. O Darcy era chefe da Casa Civil do presidente Goulart e o Waldir o consultor geral da República, responsável pelo embasamento jurídico das reformas de base propostas pelo governo, como a reforma agrária e a Lei de Remessas de Lucros ao Exterior (BRASIL, 1964).

Figura 20. Saraiva Felipe e Waldir Pires



Fonte: Acervo pessoal

Contou-me que o Darcy tinha ido até a Rodoviária do Plano Piloto de Brasília, acreditando que pudesse mobilizar a população para defender a democracia. Dissuadido da aventura, ele e o Waldir Pires foram as últimas pessoas do governo a deixar o Palácio do Planalto. Embarcaram em um pequeno avião, que fez escalas clandestinas até chegar ao Uruguai. Além da mútua admiração, a adversidade aproximou-os ainda mais. O banzo⁸⁰ aumentou a amizade e a confiança. Fiquei admirado dessas histórias.

Recebi a notícia da morte do dr. Tancredo na televisão de uma parada de ônibus, no trecho de estrada entre Montes Claros e Brasília. Fiquei desacorçoado, temeroso do que viria a partir dali. Esse desfecho trágico resolveu uma questão familiar. Leonor e eu tínhamos, então, um casal de filhos: Luciana, prestes a completar 7 anos, e o Felipe, de 4. Com muito esforço tínhamos construído uma casa num bairro de classe média em Montes Claros, chamado Funcionários. Além de secretário de Saúde do município, eu era um dos supervisores do Internato Rural da UFMG e docente da Faculdade de Medicina de Montes Claros. Apesar do apego a uma situação estável e da decepção pela doença e morte do dr. Tancredo, resolvi ir a Brasília conhecer e conversar com o ministro da Previdência e Assistência Social, Waldir Pires.

⁸⁰ Expressão apropriada da língua africana, referindo-se à melancolia e à saudade sentidas pelos escravos ao se verem longe de casa.

Leonor, que era supervisora do Centro Regional de Saúde, considerava a mudança temerária, com a possibilidade da troca de nomes no ministério do presidente José Sarney, logo empossado. Mas não cerceou a minha iniciativa quando resolvi aceitar o convite para ser secretário de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, uma estrutura que acompanhava e era um elo entre o ministério e o INAMPS, cuja direção ficava no Rio de Janeiro.

Por essa época, ouvi uma quase parábola do dr. Konstantin Christoff, cujos pais búlgaros haviam deixado a Europa e se estabelecido em Montes Claros. Além de cirurgião plástico, era um pintor festejado na cidade, que fora, quando estudante, amigo do pintor Guignard, que lhe pintara um retrato. Contou-me que moravam numa república em Belo Horizonte ele, o João Valle Maurício (cardiologista), o Mário Ribeiro (dermatologista e empresário) e o seu irmão dois anos mais velho, o Darcy.

O apelido do Mário era Mário Vermelho, por ser o guardião do líder comunista, Luís Carlos Prestes, em suas idas à capital mineira. O Darcy também estava direcionado pela família a cursar Medicina. Mas ele vivia metido em cursos de Filosofia ministrados no Instituto Mineiro de Educação, próximo à Faculdade de Medicina.

Konstantin estudava Medicina, mesmo destino reservado ao João Valle Maurício. E concluía: o Mário veio para Montes Claros, acomodou-se como médico e professor da Faculdade de Medicina da cidade e, quando foi cassado do cargo de diretor da faculdade pela “revolução” (golpe de 1964), revelou-se um empresário exitoso nos negócios imobiliários e dono da rede de cinemas da região. O João Valle foi professor e reitor da universidade local; tentou, sem êxito, a política e montou um grupo de serestas, o Lágrimas ao Luar, que rivalizava com o mais antigo e tradicional da cidade, o João Chaves, que homenageava o médico, poeta e compositor, autor de músicas célebres no repertório seresteiro nacional, como as *Amo-te muito* e *O bardo*. Nele atuava o pintor e compositor Godofredo Guedes (pai do compositor Beto, expoente do Clube da Esquina, no qual pontificaria Milton Nascimento). O dr. Maurício gostava de discursos longos e solenes, o que eu atribuía à sua dificuldade em concluir a fala.

Quanto a ele, Konstantin, tornara-se um pintor local, tendo abdicado do convite do Guignard para permanecer em Belo Horizonte, apurando o dote inato para a pintura. Concluía, com certa amargura, que se tornara um grande pintor local. Já o Darcy, dizia com entusiasmo, órfão de pai ainda criança, rompera com o projeto familiar. Comunicou à sua mãe, d. Fininha, festejada mestra daqueles tempos, que se mudaria para São Paulo, onde estudaria Ciências Sociais e Antropologia.

Nenhum de seus companheiros de república sabia o significado de “ciências sociais”, muito menos de “antropologia”. Um tio seu, que participava do esforço para mantê-lo estudando em Belo Horizonte, reagiu: “Para fazer isso, melhor tocar a Santo Antônio” (nome da fazenda da família Ribeiro, que tem origem na cidade de Coração de Jesus, próxima a Montes Claros).

Eu estava intrigado, queria saber a conclusão da história dos rapazes de Montes Claros, que moravam juntos na década de 40 e estavam destinados à nobre profissão de médicos. Ele disse com rematado entusiasmo: o Darcy tornou-se o Darcy Ribeiro, Saraiva, um homem do Brasil e do mundo. Os outros ficaram do tamanho das possibilidades de Montes Claros. Percebi que, com essa parábola, ele queria ajudar a minha tomada de decisão.

CAPÍTULO IV

PLANALTO E PLANÍCIE

A notícia da marcação da audiência com o ministro da Previdência e Assistência Social, Waldir Pires, chegou-me pelo Mário Ribeiro. O chefe de gabinete do ministério, dr. Carlos Meirelles, agendou a data e o horário em que eu seria recebido em Brasília.

Lembro-me de que esperei muito tempo na antessala do gabinete. O dr. Meirelles era um baiano simpático (isso é um pleonasmo), conterrâneo e amigo do ministro desde os tempos de estudante em Salvador, do seu banimento da política pelo regime militar quando (ainda jovem como o senhor) ocupava a presidência da Petrobras. Entre um atendimento e outro compensava-me com atenção as muitas horas de espera. Ponderei que poderia voltar em outro dia, mas ele foi me segurando com a conversa agradável, café e água. Era noite quando fui convidado a adentrar o gabinete. Entrei disposto a falar, dar opiniões sobre a área de saúde do MPAS, mas fui fuzilado pela fala do ministro: – Dr. Saraiva, muito prazer. Você na minha equipe será o secretário de Serviços Médicos. É a área de interlocução com o INAMPS. Agora não posso conversar com você. Estou negociando a formação da equipe aqui e nos estados.

Ainda assim, insisti em me apresentar, mas fui novamente interrompido: – Não precisa. O dr. Tancredo havia me falado sobre você e o Darcy me recomendou muito. E arrematou a conversa com um sorriso: – Olhe o tamanho da sua responsabilidade, rapaz!

Fez uma única recomendação. Eu não deveria falar nada sobre esse convite, pois o cargo era ocupado por um médico maranhense, o dr. José Serrão, que ele supunha ser ligado ao presidente Sarney. Mais calmo, considerei que o adiamento da conversa poderia ser útil. Eu estava ansioso, e me lembrava da inabilidade cometida no encontro com o ministro da Saúde. O Meirelles pediu a um funcionário da área administrativa que coletasse os dados necessários aos trâmites para nomeação de servidor em cargo comissionado. Eu deveria providenciar e remeter ao ministério alguns documentos. Não se fez referência ao cargo que eu deveria ocupar.

Voltei a Montes Claros. Só retornei a Brasília com o ato de nomeação publicado no Diário Oficial da União (DOU).⁸¹

A Secretaria de Serviços Médicos ocupava a metade do sexto andar do prédio. Na época, o cargo se revestia mais de pompa do que de atribuição: o Gabinete do Secretário tinha mais funcionários do que a área técnica, contava com garçons, veículo e motorista à disposição.

Em pouco tempo, eu me sentia à vontade. Além do acesso fácil ao ministro e ao seu secretário executivo, o dr. Sergio Gaudenzi, a presidência do INAMPS acabou ocupada pelo

⁸¹ Secretário Nacional de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Ministerial de 15/04/85, seção II, p. 1.820, publicado no Diário Oficial da União em 16/04/85.

amigo Hésio Cordeiro, que montara a direção do órgão com pessoas do Movimento Sanitário, com quem eu tinha afinidade e amizade há muito tempo. Um grupo do PMDB de São Paulo indicou o nome do professor Guilherme Rodrigues da Silva, e a bancada do Paraná propugnava um outro nome, o do dr. Francisco Xavier Beduschi, que tinha o apoio de um grupo político numeroso e influente, conhecido como Centrão (já à época, um grupo fisiológico e politicamente amorfo).

Figura 21. Viagem a Manacapuru/AM: Saraiva Felipe, Eleutério Rodriguez Neto, 1985



Fonte: Acervo pessoal

Fiquei surpreso e constrangido quando o ministro, em uma reunião de trabalho, informou-me de que avocaria algumas prerrogativas da direção do INAMPS para o ministério e, pior ainda, disse que eu deveria assumir essas atribuições. Perguntei-lhe a razão dessa medida, argumentando que o órgão não poderia estar em melhores mãos. Respondeu-me que conhecia o prestígio do presidente do órgão, que era uma indicação do PMDB do Rio de Janeiro e dos “técnicos” da saúde pública, mas que gostaria de conhecê-lo melhor, bem como à sua equipe. E arrematou: – Pelo que sei, lá, até agora, a raposa tem tomado conta do galinheiro.

Queria dizer com isso que o setor privado, contratado para prestar serviços de saúde pelo INAMPS, tivera uma influência descabida na condução do órgão. A partir das informações que detinha, decidira que o ministério, através da Secretaria de Serviços Médicos e a de Planejamento do MPAS, se encarregaria da elaboração dos convênios e das correções de valores das tabelas de procedimentos médicos. E anunciou que seriam tomadas as providências para a transferência da direção do INAMPS do Rio de Janeiro para Brasília.

Não tive dúvidas; levei a situação ao Hésio. Foi admirável a sua demonstração de confiança na nossa amizade e companheirismo. Em nenhum momento duvidou da minha lealdade e abriu espaço para que trabalhássemos juntos, para que ele ganhasse a confiança do ministro, ao mesmo tempo que reforçamos o compromisso de que no campo administrativo compartilharíamos todos os encaminhamentos.

Designado – função que desenvolvi concomitantemente como secretário de Serviços Médicos – como representante do MPAS, secretário técnico⁸² da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (CIPLAN)⁸³, que fora criada em 1980 para tratar de assuntos de integração no campo da saúde, desde leis a temas técnicos e administrativos (BRASIL, 1989), e posteriormente como representante do Ministério na Comissão Organizadora da 8ª *Conferência Nacional de Saúde* (1988)⁸⁴, a sintonia entre a direção do INAMPS e a secretaria foi absoluta, o que é raro nas relações intra e interinstitucionais. O Hésio, com o seu espírito conciliador, competência, capacidade de articulação e – quero ressaltar esta qualidade – generosidade, tornou-se um colaborador muito próximo do ministro Waldir Pires, inclusive acompanhando-o nas suas opções político-partidárias futuras.

No arrastado processo de transferência do órgão do Rio para Brasília, passou a ser meu hóspede no apartamento funcional onde eu morava, na SQS 206, bloco J, convivendo com Leonor e meus filhos como um novo membro da família.

Reformulei a equipe da secretaria, incorporando o dr. Mourad Ibrahim Belaciano, que conheci como professor de Saúde Pública na Universidade Federal da Paraíba (UFPB); acolhi o dr. João José Cândido da Silva, que trabalhara na direção geral do INAMPS na gestão do dr. Aloísio Salles, e o dr. Fernando Batinga, amigo do ministro – que muito me ajudou na luta pela implantação das práticas integrativas no âmbito dos serviços públicos de saúde. A pedido do ministro, a dra. Conceição Sarney, irmã do presidente, veio trabalhar comigo, e me surpreendeu pelo interesse e agilidade política com que dialogava com outros ministérios e órgãos do governo. Através dela, criei um espaço de relacionamento com o presidente Sarney, que me seria muito proveitoso na minha atividade futura como deputado federal. O ministro Waldir Pires folgava em saber que ela se sentia à vontade (e sob controle) no espaço de trabalho.

⁸² Portaria Conjunta dos Ministérios de Saúde, Educação e Previdência e Assistência Social, nº 046, de 9 de dezembro de 1985.

⁸³ Instituído pela Portaria Interministerial nº MS/MPAS/ 05, de 11 de março de 1980.

⁸⁴ Membro do Comitê Executivo da 8ª *Conferência Nacional de Saúde*. Portaria do Ministério da Saúde, nº 231, de 14/03/86, seção II, p. 2.370.

Passei a acompanhar o ministro em suas viagens, quando a agenda envolvia atividades na área de saúde. Eu deveria reuni-lo com informações e preparar informes e discursos que, na maioria das vezes, ele lia durante as viagens, esclarecia alguma dúvida e preferia falar de improviso. Às vezes, quando a fala envolvia informações técnicas, lia-as. Tentei desvencilhar-me dessa atribuição, mas, ao encomendá-lo um outro membro da equipe, o dr. Waldir, já afeito ao meu estilo, reclamava com sutileza: – Saraiva, foi você que escreveu isso?

Enfrentei muitas noites escrevendo discursos, o que me obrigava a obter informações específicas sobre a atuação do INAMPS: dados de produção das unidades federadas e municípios, gastos por elementos de despesa, descrição dos serviços hospitalares e ambulatoriais a serem visitados ou inaugurados, custos de obras, programas assistenciais etc.

Vou me ater a duas situações: a emergência dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e a incorporação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços de saúde da rede pública, inicialmente no INAMPS e, com o advento do SUDS, na rede assistencial de estados e municípios. As escolhas se prendem à vivência de situações conflituosas, o que, sem dúvida, fixa e lubrifica a memória. Uma preocupação que me acompanha encontra a sua tradução nas palavras de Gabriel Garcia Márquez: “A vida não é a que a gente viveu, e sim a que a gente recorda, e como recorda para contá-la” (MÁRQUEZ, 2002, p. 5).

É importante salientar que, à medida que o Movimento Sanitário foi se estruturando, reverberando suas propostas e ocupando espaços institucionais periféricos, a partir de meados dos anos 70, estabeleceu-se uma arena onde se digladiavam duas posições políticas. De um lado estavam os prestadores de serviços de saúde privados, mantidos pelo INAMPS; de outro aglutinavam-se os que propugnavam a Reforma Sanitária, com a criação de um sistema público de saúde, universal e gratuito. Os embates, antes disseminados em unidades federadas, municípios e projetos docentes assistenciais, ganharam um palco nacional com a organização dos *Simpósios de Saúde* da Câmara dos Deputados, a partir de 1979.

Com a posse do governo da “Nova República” e a ocupação de cargos por nós, os cognominados “estatizantes”, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) passaram a exercer uma ação política mais organizada, sobretudo junto ao Congresso Nacional.

A proposta de unificação do sistema de saúde por esfera de governo era uma constante nos documentos das “esquerdas sanitárias”, vocalizada em encontros municipais e de entidades como CEBES e ABRASCO. É importante mencionar aqui o documento antológico elaborado em 1976 pelos professores do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Hésio Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães, intitulado “A Questão Democrática na Área de Saúde”. Posso considerá-lo a certidão de nascimento de um novo sistema de saúde para o país. Teses e proposições desse documento foram amadurecidas nos dez anos seguintes, aproveitando a acuidade do diagnóstico acerca dos problemas da área de atenção à saúde, os determinantes sociais envolvidos e as mazelas do nosso sistema médico assistencial, ancorado na exclusão da maior parte da população e na compra de serviços de acordo com a oferta do setor privado.

Continha, ainda, propostas certeiras de encaminhamento para a correção das distorções socioeconômicas, refletidas na área social da saúde, e batizava o devir como “Sistema Único de Saúde (SUS)”, preconizando “outorgar ao Ministério da Saúde a direção do SUS, com a tarefa de planificar e implantar, em conjunto com os governos estaduais e municipais, a Política Nacional de Saúde” (CEBES, 1980, p. 12). Esse documento foi assumido pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e apresentado pelo Sérgio Arouca em 1979, ao final do *1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, sendo divulgado pela revista *Saúde em Debate* em 1980.

Essa ideia-força teve uma leitura política pragmática. A fusão do INAMPS ao Ministério da Saúde era combustível da articulação do deputado Carlos Santana – um dos líderes do Centrão⁸⁵ –, que se destacou nas articulações que ajudaram Tancredo Neves a vencer a eleição indireta, no Colégio Eleitoral composto por deputados e senadores, e no processo constituinte (87/88). Há que se ressaltar a discrepância entre o robusto orçamento daquele órgão em comparação com a penúria do ministério. O deputado e futuro ministro da Saúde, que era no geral um conservador, assumiu posições progressistas na área da saúde nesse momento e mais tarde, durante a Assembleia Nacional Constituinte. Além do interesse em assumir uma estrutura robustecida, esse posicionamento decerto tinha muito das convicções da dra. Fabíola Nunes de Aguiar, valorosa integrante do Movimento Sanitário.

Ao assumir o ministério, o ministro escolhido pelo dr. Tancredo e mantido pelo presidente Sarney e sua equipe tinham como certa essa providência consensual, o que poderia se dar pela via administrativa. Para se certificar da medida, o novo ministro influenciou a

⁸⁵ Agrupamento político de políticos conservadores e pragmáticos, que teve muita visibilidade no processo de eleição indireta do presidente Tancredo Neves e no processo constituinte (87/88).

aprovação de uma “lei delegada”⁸⁶ que desnecessariamente delegava poderes ao presidente da República, que ainda dispunha do poder do decreto-lei, para promover a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Isso açulou ainda mais os ânimos.

Se é verdade que os ministros das duas pastas tinham razões políticas e pessoais para, de um lado, pressionar pela transferência do INAMPS para o MS e, de outro, para resistir à proposta, certo é que, apesar de inúmeros documentos sugerirem a medida, foi fácil neutralizar a sua consecução. Representações classistas dos trabalhadores, parte significativa do clero, as associações que congregavam prestadores de serviços privados, o INAMPS e muitos políticos, com Ulysses Guimarães à frente, se posicionaram contra a medida naquele momento. Há que se considerar que o MPAS fazia parte da cota do presidente da Câmara e avalista do novo governo.

O argumento principal para a protelação era o de que a Constituinte, que se aproximava, era a ocasião para a redefinição do perfil do novo arcabouço político administrativo da área da saúde. Mas alinhamentos corporativos resultaram em enfrentamentos técnico-burocráticos entre as equipes do INAMPS e do MS, o que, sem dúvida, ameaçava dividir o Movimento Sanitário, drenando energias em favor das transformações e avanços realmente importantes e factíveis.

Cheguei a tratar desse assunto com o ministro Waldir Pires. Ele foi taxativo: disse-me que não admitiria a transferência do órgão. Preferia deixar o cargo se fosse pressionado a fazê-lo. Argumentou que, no âmbito do ministério, o único espaço onde havia alguma flexibilidade para atendimentos políticos era o da saúde previdenciária. Politicamente, o INAMPS era a joia da coroa do sistema previdenciário. Para atenuar as pressões, através do Decreto Presidencial nº 91.439, publicado no DOU de 17/07/1985 (BRASIL, 1985), a Central de Medicamentos (CEME), então vinculada ao MPAS, foi transferida para o MS, o que me pareceu um prêmio de consolação.

A essa altura eu já conhecia (e às vezes frequentava) o “clube do poire⁸⁷”, que reunia políticos próximos ao presidente da Câmara, presidente do PMDB e avalista do processo que fez do vice na chapa do dr. Tancredo, José Sarney, presidente do Brasil. Acompanhando as discussões, eu sabia que a proposta não teria o aval do dr. Ulysses Guimarães, que tinha, entre

⁸⁶ A Lei Delegada consiste em uma normativa editada pelo presidente da República com a aprovação do Congresso Nacional, que possui um caráter de Lei Ordinária.

⁸⁷ Tendo o mesmo nome de uma aguardente de pera usada como digestivo, poire foi um clube, fundado por Ulysses Guimarães, que reunia as principais lideranças da oposição.

os seus aliados mais próximos, o ministro Waldir Pires, participante de um grupo partidário de centro-esquerda, os outrora denominados “autênticos do MDB”.

Quem mais cobrava o encaminhamento da unificação era o Eleutério, secretário executivo do Ministério da Saúde. Em algumas oportunidades, senti-me constrangido com as suas alegações. Chegava a insinuar a traição (minha, do Hésio e de nossas respectivas equipes) ao projeto de construção do SUS. Não me sentia com ânimo para reagir à altura, até porque percebia que, nessa luta “entre pares” (a mais difícil), ele não se apercebia de que a política tem razões que a visão tecnocrática (ou a própria razão) desconhece. E elas têm precedência sempre, ainda que não tenhamos essa percepção. (Não chego a defender uma ética própria da política, divorciada da kantiana, mas o assunto merece mais reflexão.)

Via, pelo lado do Ministério da Previdência, que a agenda do ministro – e consequentemente a minha – estava tomada por parlamentares interessados em discutir questões afetas ao INAMPS, como a negociação de cargos nos estados, ampliação ou implantação de novos serviços etc.

Eu vinha discutindo essa questão – que não se resolveria antes do capítulo dos Direitos Sociais da nova Constituição (BRASIL, 1988a), das Leis 8080 (BRASIL, 1990a) e 8142 (BRASIL, 1990b) e da Lei 8.689, de Extinção do INAMPS (BRASIL, 1993) – com o Hésio. Ficou claro que tínhamos que fazer alguma coisa a mais do que o reforço e a requalificação das AIS. Resolvi expor essa situação ao Sérgio Arouca, presidente da FIOCRUZ, que tinha ascendência sobre o grupo de sanitaristas ocupantes de cargos no Ministério da Saúde. Ele me sugeriu que colocasse essas questões no papel, que essa discussão era política e não devia se circunscrever aos escaninhos burocráticos. A propósito, em uma entrevista sua, concedida à revista *Radis*, em outubro de 2002, divulgada no ano seguinte, o Arouca fala sobre esse momento:

Nessa época, eu me torno presidente da Fundação Oswaldo Cruz, o Hésio Cordeiro se torna presidente do Inamps, Renato Archer começa a atuar na Ciência e Tecnologia e Waldir Pires assume a Previdência Social. Há um núcleo de pensamento da esquerda em conflito com um núcleo conservador. Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. Começa aí a discussão em torno do primeiro passo a ser dado. O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, e qualquer reforma deveria começar pela integração. Mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires então veta o decreto, dizendo que “o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”. (AROUCA, 2003, p. 356)

Em março de 1986, o Ministro Waldir Pires se desincompatibilizou para disputar o governo da Bahia, e o ministro Carlos Santana deixou o ministério para renovar o seu mandato como deputado federal. Assumiu o MPAS Raphael de Almeida Magalhães, do PMDB do Rio de Janeiro, do grupo ligado ao deputado Ulysses Guimarães. Para o Ministério da Saúde foi indicado o ministro Roberto Santos, que mudou a equipe da pasta.

Não conhecia pessoalmente o ministro Raphael, mineiro de Belo Horizonte. Mas, como se diz em Minas, “quem não é parente é aderente”; fui procurado por médicos que tinham ligações familiares com ele. Ademais, ele tinha relações próximas com o Hésio, o José Noronha e outros ocupantes de cargos na direção geral do INAMPS. À essa altura, eu tinha contato direto com o presidente da Câmara e, pela mão da Conceição Sarney, havia me aproximado do presidente da República. Cheguei a encontrá-lo em São Luís, na casa de sua mãe, dona Kiola, mas a minha relação com o novo ministro foi construída pelo Waldir Pires e pelo Hésio Cordeiro.

Mantido na Secretaria de Serviços Médicos com demonstrações de confiança do novo ministro, percebi que, no processo de sua escolha, a questão da transferência do INAMPS para o MS era parte de suas preocupações, mas fiquei surpreso quando, no curso das discussões, o ministro incumbiu-me de preparar a toque de caixa (48 horas) uma exposição de motivos (EM 31) propondo a transferência e fusão das Superintendências Regionais do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Pediu-me que expusesse a proposta na audiência que ele teria com o presidente da República para tratar desse assunto. Percebi, através de um telefonema, que o ministro Roberto Santos já se envolvera nesse processo. Lembro-me de que, para fechar o texto da EM, pedi a ajuda do Eugênio Vilaça, então assessor da OPAS em Brasília.

Apresentei a proposta como passo de um processo para o aprofundamento das AIS, reforçando o papel que já vinha sendo desenvolvido pela CIPLAN (MS, MPAS, MEC e MTb), que deveria consolidar o planejamento de recursos dos ministérios, na Programação e Orçamentação Integrada (POI). Politicamente era um atalho perfeito. O MPAS abria mão do comando estadual que exercia através das Superintendências Regionais, facilitava e reforçava a unificação dos Sistemas Estaduais de Saúde, apontava com a proposta de planejamento ascendente a partir dos municípios e dava um xeque-mate no Ministério da Saúde, sugerindo que fosse feito o mesmo com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a SUCAM e as estruturas remanescentes dos Programas Nacionais. Literalmente, iam-se os anéis e ficavam os dedos⁸⁸, o manejo nacional do orçamento previdenciário.

⁸⁸ Expressão popular que indica que, mesmo se perdendo algo importante, ainda restam outros elementos de valor.

Na apresentação para o presidente, na audiência ministerial, destaquei o importante passo que estava sendo dado para a implementação de um sistema de saúde cuja integração seria ascendente, preparando terreno para a unificação no Plano Nacional, desdobramento natural dessa medida ousada. Nessa reunião, a iniciativa foi batizada de SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde).

Fiquei atento às ações do ministro. Depois de se informar do valor dos repasses que seriam feitos aos governos estaduais, ele ligou pessoalmente para governadores e lideranças partidárias explicando o SUDS. A secretária de Planejamento do Ministério, Márcia Bassit, acudiu acerca dos instrumentos necessários à transferência dos recursos. O INAMPS ficou encarregado de cuidar dos trâmites administrativos para repassar os recursos com base na memória de gastos ambulatoriais e hospitalares e parâmetros de consultas e internações por grupos de habitantes. A novidade era que parte dos recursos, além do custeio, poderia ser gasta em investimentos, ampliando e qualificando a rede assistencial. As superintendências foram transformadas em escritórios regionais do órgão, encarregados de acompanhar e zelar pela boa utilização dos recursos repassados. Isso aliviou o descontentamento das burocracias regionais.

No caso de Minas Gerais, aconteceu um fato curioso. Eu havia me envolvido na convenção estadual peemedebista⁸⁹ apoiando o nome do deputado Pimenta da Veiga, que se opunha à candidatura do prefeito de Contagem, Newton Cardoso, que venceu a convenção. Na eleição estadual estive próximo da candidatura do senador Itamar Franco. Eleito governador, Newton Cardoso enviou ofício ao Ministério da Saúde suspendendo a minha cessão ao Ministério da Previdência e requisitando o meu retorno aos quadros técnicos da Secretaria de Saúde do Estado. O ministro Raphael chamou-me ao gabinete para presenciar a sua conversa com o governador de Minas. Deu ênfase ao volume de recursos a serem repassados anualmente ao estado através do Governo Estadual (trinta vezes o orçamento da Secretaria de Saúde). A certa altura, disse ao governador: – Não se preocupe; no caso de Minas, os encaminhamentos se farão através de um funcionário de Minas, o dr. José Saraiva Felipe, que tem prestado relevantes serviços ao MPAS. E acertou a minha ida a Minas.

⁸⁹ Relativo ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Figura 22. Deputado federal Saraiva Felipe, acompanhado pelo presidente Itamar Franco, ao centro, e pelo senador Pedro Simon, à esquerda, 1994



Fonte: Acervo pessoal

O cerimonial do Palácio da Liberdade fez contato com a Secretaria de Serviços Médicos, indagando sobre a minha chegada a Minas. No acanhado aeroporto da Pampulha, um carro oficial me esperava ao pé da escada do voo comercial. Levei alguns documentos com informações sobre recursos etc. No almoço no Palácio, fui convidado a assumir a Secretaria de Saúde de Minas. Senti-me avaliado como o dono da chave do cofre.

Na conversa, nem eu nem o governador nos empenhamos em remexer a memória para lembrarmos de um encontro anterior, quando ele era então prefeito de Contagem, e eu, acadêmico plantonista da Fundação de Assistência Médica de Urgência (FAMUC) do município, fui demitido por me envolver em uma greve reivindicando melhores salários e condições de trabalho para o pessoal da saúde. Agradei o convite “penhoradamente”, alegando que poderia servir melhor ao estado no cargo que ocupava em Brasília. Aliás, ao voltar para o ministério, o gabinete do ministro me encaminhou uma cópia de um novo ofício do governador de Minas, renovando a minha cessão (onerosa para a origem) ao MPAS e enaltecendo o meu empenho para melhorar a saúde do “povo de Minas Gerais”.

Junto ao presidente da República, os ministros da Previdência e da Saúde, Roberto Santos e Raphael Magalhães, assinaram o Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que “Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências” (BRASIL, 1987). O setor privado, dependente dos recursos públicos, ensaiou alguma reação, mas a falta de eco político nas bancadas do Congresso e o apoio irrestrito (e interesseiro) dos governadores tolheram-lhe o ânimo:

A propósito, ainda em 1987, através de um pedido de arguição de inconstitucionalidade, a Associação Brasileira de Hospitais tentou anular os efeitos de Decreto Presidencial que instituiu o SUDS, com o argumento central de que ele reduzia “o INAMPS a um mero órgão de planejamento”. A decisão da Procuradoria Geral da República foi pelo arquivamento, por inconsistência da tese (Processo PGR Nº 08100.002905/87 e Decisão 457/88). (SARAIVA, 1988, p. 9)

Embora o SUDS, no meu entendimento, tenha sido uma resposta política para contornar as pressões pela unificação do sistema de saúde no plano federal, é interessante pensá-lo como instrumento de aprofundamento das AIS. O seu vislumbre era resultado da vivência anterior da equipe do INAMPS e da SSM/MPAS. Representou a proposta de unificação do sistema de saúde a partir dos estados e municípios. Avançou em relação aos objetivos históricos de universalização, equanimidade, integração, gestão interinstitucional e participação, que, através dos conselhos nos vários níveis de gestão, apontava para o controle social. As AIS fortaleceram o princípio federativo e buscaram a incorporação do planejamento à prática institucional, constituindo-se em exercício/instrumento pedagógico de planejamento descentralizado e integrado. Tenho a convicção de que, se não fossem as experiências acumuladas que ensejaram a construção das AIS e a emergência do SUDS, expandindo a sua abrangência para uma articulação mais efetiva com a rede hospitalar através das instâncias intergestoras, a unificação federal propiciada pela extinção do INAMPS e pela incorporação das suas atribuições pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) teria sido mais desorganizada, até mesmo caótica. Mas há divergências em relação a essa interpretação.

As AIS resultaram do plano elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981 (BRASIL, 1981), que, embora congregasse sete ministérios, seis confederações nacionais (três patronais e três de trabalhadores), além de um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), tinha clara hegemonia do MPAS:

Embora, dentro da preocupação com a integração de recursos e ações institucionais, as AIS tenham nascido como entrelaçamento do nível federal com o estadual e municipal, o MPAS assumiu não apenas a condução de fato da política setorial, pelo peso dos recursos financeiros, mas também a hegemonia no tocante às iniciativas de reformulação setorial. (SARAIVA, 1987, p. 489)

A partir de sua efetiva implantação em 1983, ele representou um passo adiante na construção de um sistema de saúde público e com acesso universal; em primeiro lugar, ao aumentar significativamente o volume de recursos repassados ao setor público – estados e municípios – com a possibilidade da ampliação e melhoria da rede. No entanto, o fato político

gerado foi mais significativo. Importa lembrar que a “Previdência, como detentora de 80% do gasto público federal com a função saúde e 50% do gasto público total, se consideradas as despesas dos estados e municípios com serviços de saúde, passou a ter uma nova interlocução, de vigor político incontestável”, que evidenciava a força de vereadores, de prefeitos, de parlamentares e governadores, articulados com instâncias político-burocráticas, os quais passaram a exercer pressão na disputa pelos recursos previdenciários destinados à saúde, antes reivindicados quase que exclusivamente pelos prestadores privados em articulação com políticos e burocratas (SARAIVA, 1987, p. 491).

Completando o já apontado por mim nesse trabalho que tratou os obstáculos da Reforma Sanitária, as AIS, à época da emergência do SUDS (1987), já alcançavam todos os estados e cerca de 2.500 dos 4.104 municípios brasileiros, o que garantia a irreversibilidade da maior participação dos gastos federais com a área pública de saúde. Desse modo, as AIS – ex-PAIS –, libertas do P fatídico dos projetos e programas, que lembram o “agouro da brevidade e finitude, foram erigidas à condição de estratégia setorial comum e revelaram potencialidades, tanto na mobilização de forças políticas, quanto na reestruturação do setor público como prestador de serviços de saúde” (SARAIVA, 1987, p. 492).

Outro fato importante a lembrar é que os recursos que foram absorvidos, 4% do orçamento do INAMPS em 1984, o equivalente a 207 bilhões de cruzeiros à época, saltaram para 1,7 trilhão em 1985, ou seja, 10% do orçamento do INAMPS, e para 5,6 bilhões de cruzados, moeda corrente no ano de 1986, o que representava 12% do orçamento do Instituto (SARAIVA, 1987).

Para atestar a mudança de rumos da administração do MPAS/INAMPS, gostaria de chamar a atenção para o empenho na recuperação de hospitais próprios e universitários. Para aquinhoar estes últimos, os recursos ascenderam dos 149 milhões de cruzeiros gastos em 1984 para 1,1 trilhão de cruzeiros em 1985 e 2 bilhões de cruzados em 1986.

O “modelo FUNRURAL”, em vista de pagamentos aos serviços contratados, foi se deteriorando, superado pela perspectiva de igualizar a remuneração pelos serviços prestados a trabalhadores urbanos e rurais. Além de rechaçados ou em virtude de fiscalização inadequada ou inexistente, não prestavam serviços, e eram remunerados de forma automática, mediante informação meramente burocrática. Desse modo, o convênio hospitalar das AIS, que havia universalizado sua clientela, e a autorização que igualizou as formas e os valores de pagamento para os segurados fizeram parte de estratégias que visavam a eliminar as discriminações existentes (SARAIVA, 1987). No ano de 1984, que utilizo como exemplo, para suprir a

cobertura dos 25% da população rural do país, o INAMPS havia programado destinar apenas 3% do seu orçamento:

Em alguns estados do país, onde há concentração de pequenos produtores e outros estratos rurais com alguma capacidade de consumo maior, essa faixa de clientela havia sido escolhida para pagar diretamente pelos serviços, sobretudo hospitalares. Os valores cobrados excediam os do “Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS – ‘Sistema AIH’)”, que remunerava por procedimentos a atenção aos previdenciários urbanos. Essa equiparação contrariou os interesses dos profissionais e das instituições privadas, que se posicionaram corporativamente através de suas associações representativas. (SARAIVA, 1987, p. 495-496)

O corte representado pelo advento do SUDS, em 1987, aprofundou as alterações em curso com a estadualização das atribuições do INAMPS, com a passagem às Secretarias Estaduais de Saúde da gestão dos 41 hospitais próprios, que dispunham de 9.761 leitos; dos 610 postos de assistência médica (PAM), que contavam com 8.333 consultórios médicos; e da administração dos convênios com a rede privada credenciada. Os hospitais contratados eram 3.823, com 195.074 leitos, entre os lucrativos e filantrópicos (SARAIVA, 1987). Ademais, os convênios do SUDS com os estados, além da unificação, buscavam amarrar questões como a da municipalização, a do funcionamento das instâncias intergestores (CIMS, CRIS, CIS), a da reorganização da prestação de serviços com a implantação dos distritos sanitários e a do funcionamento das instâncias de participação (conselhos e conferências).

Assim, as AIS, como uma herança do autoritarismo alarmado com o descontrole dos gastos setoriais, ganhou fôlego no novo governo da Nova República; ofereceu a oportunidade para a integração possível, alteando-se como bandeira dos setores – nos vários níveis político-administrativos – inconformados com a discriminação e a exclusão praticadas nos serviços de saúde, chamando-os à concertação e participação nas instâncias colegiadas da estratégia (CIMS, CRIS e CIS). Estas tinham como referência federal a CIPLAN, cujo objetivo era a coordenação interministerial de planos e programas vinculados à atenção à saúde, bem como dos orçamentos dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, do MEC, responsável pelos hospitais universitários, e do Ministério do Trabalho (MTb), encarregado da saúde do trabalhador. A POI representava o instrumento para a consolidação orçamentária nos vários níveis (SARAIVA, 1987, p. 492).

No contexto de implantação do SUDS, a programação integrada dos orçamentos ministeriais para a saúde, a POI, cuja elaboração estava a cargo da SSM/MPAS, ganhou relevância especial. Dentro do MPAS exigiu uma sintonia grande entre a SSM, a Secretaria de Planejamento do Ministério e o INAMPS, através da sua Secretaria de Planejamento. Uma vez

mais, reforcei a equipe da secretaria com o apoio da OPAS. O José Agenor apoiou o Mourad na construção da POI, e tive uma colaboração muito próxima da Márcia Bassit (SEPLAN/MPAS) e do Temporão, pelo lado do INAMPS.

A implantação da POI deveria, espalhando-se do nível nacional até o municipal, consolidar os orçamentos por instâncias, explicitando metas e recursos envolvidos por fontes; permitir o acompanhamento físico-financeiro de forma a evitar a retração de recursos orçamentários dos municípios, dos estados e da União; referenciar a criação de um sistema de informações para programação, acompanhamento e controle; e propiciar a criação de instrumentos de racionalização do gasto em saúde pela redução dos desperdícios, superposição de ações e harmonização de programas de investimentos.

Considerando esse meu depoimento, e parafraseando Drummond, algumas pedras no meio do caminho das AIS persistiram no processo de implementação do SUDS e, creio, ainda atrapalham o curso do funcionamento do SUS. Permanecem zelos burocráticos entre ministérios, INAMPS e secretarias estaduais e municipais, temerosas com a perda ou diluição do seu poder; desalinhamentos político-ideológicos entre representantes institucionais ou esferas de governo; falta de tradição para tomada de decisões coletivas.

Um velho problema, o desequilíbrio na distribuição regional dos recursos, ainda persiste, e está ligado à própria forma de pagamento por produção de serviços, ainda vigente sobretudo na contratação de leitos hospitalares. Esta, por um lado, estimula a ampliação da oferta de serviços, mas, por outro, privilegia estados e municípios que têm redes maiores, maior capacidade de investimento e mescla de aportes públicos e privados. É importante assinalar que as Regiões Norte e Nordeste, que absorviam respectivamente 2% e 15% dos dispêndios do INAMPS em 1984, passaram a 5% e 18% em 1987, apesar da tendência de engessamento orçamentário em função da pressão da oferta de serviços. Assim é que no processo de descentralização, além da criação dos fundos municipais, pôs-se ênfase – através dos convênios – na proposta de criação dos Distritos Sanitários, não como instâncias administrativas, mas num conceito funcional que implicava formas racionais e eficazes de atendimento das necessidades da população. Essa descentralização (ou desconcentração) decisória deveria ser, ainda, facilitadora do controle social.

Foi interessante constatar que houve na elaboração da POI uma estreita articulação entre o MPAS e o MEC. Já o MS não conseguiu fazer uma integração mais efetiva em virtude da resistência da FSESP, da SUCAM e dos Programas Verticalizados, zelosos dos seus orçamentos carimbados e gastos dirigidos. A inércia burocrático-institucional foi uma trincheira difícil de ser transposta.

Com relação à participação interinstitucional nas instâncias gestoras e nos conselhos que representavam prestadores e usuários, muitas vezes os instituintes se acomodaram quando instituídos. Muitas vezes as representações da população são usurpadas por prefeitos, vereadores, secretários e outras autoridades, transformando-se as comissões em meras instâncias de legitimação de decisões. O fortalecimento e a politização de entidades como o CONASS e o CONASEMS são uma forma de, numa realidade geográfica e política tão díspar, amenizar essa situação. Não há como não os vincular ao processo de luta política mais geral, no qual a democracia seja um valor de referência refletida nessas instâncias.

Até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) e a sua regulamentação através da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012b), relatada por mim na Câmara dos Deputados, verificamos um recuo do orçamento federal destinado à saúde e a quase ausência de recursos nos orçamentos estaduais. A contrapartida desses entes federativos era diluída em ações alheias à prestação direta de serviços, como folhas de aposentadorias do pessoal da saúde, despesas com hospitais militares, alimentação popular e atividades desportivas. A regulamentação, além de estabelecer percentuais para cada esfera (15% dos municípios e 12% dos estados), definia as atividades finalísticas de atenção à saúde em que os recursos deveriam ser gastos.

Depois de grande mobilização do CONASS, do CONASEMS, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de entidades da sociedade civil e de parlamentares vinculados à área da saúde, a Câmara aprovou o percentual de 10% da arrecadação líquida do nível federal para o SUS, mas o governo – contrário à proposta por pressão da área econômica e de governadores – negociou no Senado uma participação correspondente ao orçamento do ano em curso, corrigido pela inflação apurada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA) do ano anterior.

Com a Emenda Constitucional do Teto de Gastos, PEC 95, (BRASIL, 2016b), os estipêndios públicos federais com a saúde foram estipulados em 15% da Receita Corrente Líquida, que é o somatório arrecadado pelo governo deduzido das transferências obrigatórias previstas na Constituição para o ano de 2017. Mas a educação e a saúde, a partir de 2018, passariam a obedecer ao critério comum do acréscimo da inflação (IPCA) do ano anterior ao orçamento corrente. Como a inflação da saúde (insumos, serviços), medida pelo FGVsaúde⁹⁰, corresponde historicamente a três, quatro vezes o IPCA, as perdas seriam inevitáveis ao longo dos vinte anos previstos para vigorar o teto de gastos.

⁹⁰ Trata-se do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas, que realiza pesquisas na área de gestão em saúde. Disponível em: <<https://eaesp.fgv.br/ensinoeconhecimento/centros/gvsaude>>. Acesso em: 14 set. 2021.

A justificativa de estabilizar os gastos públicos que vinham crescendo, continuamente, em termos reais muito acima do Produto Interno Bruto, e mirando a confiança dos “mercados” e a redução da taxa de juros, acabou prejudicando os mais pobres, ao diminuir recursos para investimentos públicos em geral, principalmente nas áreas sociais, como saúde e educação.

Assim é que os municípios, sob pressão na ponta direta do atendimento, mais permeável à pressão dos usuários, tiveram que ultrapassar o piso legal dos 15% dos seus gastos orçamentários, sobretudo os médios e grandes. Alguns comprometiam mais de 25% do seu orçamento, o que, somado às demais vinculações obrigatórias, sufocava sua capacidade de gastos. Diante dos conflitos que emergiram com o advento do SUS, Jairnilson Paim (2007) lembra:

Evidentemente que a reforma sanitária não se resumia ao SUDS, mas este trazia embutida a negação do sistema então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB. Fazia parte, portanto, de uma longa luta organicamente vinculada à democratização da sociedade, do Estado e das instituições. As AIS e o SUDS, mesmo com suas reconhecidas limitações enquanto estratégias-ponte para o Sistema Único de Saúde, representaram iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo. (PAIM, 2007, p. 123)

A propósito das críticas de que o SUDS poderia fomentar o clientelismo, com o fortalecimento do poder de governos estaduais e municipais, como se fosse possível implantar um sistema de saúde democrático, integral, descentralizado e com participação dos usuários diretamente e através de suas representações legítimas, sem nenhuma intervenção ou participação da política real – como se estivéssemos diante de uma *tabula rasa* político-social –, Arouca fez a seguinte observação: “O clientelismo existe independentemente do SUDS. Ele só vai acabar com o amadurecimento dos partidos políticos, quando entenderem que não é a distribuição de cargos que leva a uma realização de um partido, mas sim a efetivação competente de um projeto” (AROUCA, 1987).

Se considerarmos o desenho estratégico proposto por Paim, no qual a reforma sanitária poderia ser implantada a partir de três trincheiras de luta (técnico-institucional, sociocomunitária e legislativo-parlamentar), o SUDS ocupava um lugar estratégico na técnico-institucional.

Não devemos perder de vista que a Constituinte estava em curso, e essa discussão alimentava debates acalorados nesse espaço institucional, fundamental para a construção do SUS. Temendo estar sendo simplista, eu tenho a convicção de que, apesar do véu diáfano das ideias bem-postas, no qual abundavam a retórica e o contorcionismo ideológico, na verdade a questão se resumia à luta pelo poder a partir de cargos ou posições institucionais. Desde as

escaramuças norte-mineiras e montes-clarenses, criei uma couraça como a dos jagunços roseanos, e estava preparado para embates em torno da luta pelo poder. Desde o Movimento Estudantil, via com naturalidade as disputas de poder com adversários, inimigos, e aprendi que a mais renhida se dá entre pares. Esta é a que mais se esconde com discursos empolados, e que não se deixa chamar pelo seu nome. Nessa discussão sobre poder, podemos revisitar Michel Foucault (1979) e Pierre Bourdieu (1989). Mais uma vez, recorro a Paim para suscitar o questionamento de que

Persistia, no entanto, a seguinte pergunta: se a Reforma Sanitária não eram as AIS, não eram o SUDS nem o SUS, o que seria, afinal, a Reforma Sanitária? Tratar-se ia de um ideal a ser perseguido que, apesar dos passos dados, jamais seria alcançado? Ou seriam apenas manifestações parciais de uma totalidade na dependência do ângulo pelo qual se dirigisse o olhar? (PAIM, 1997, p. 22)

Lembro-me de como encerrei o meu depoimento sobre esse processo e esse momento afirmando que “É preciso diminuir a distância entre a intenção e o gesto. Mesmo porque não existe ação no futuro ou transformação substanciada apenas no desejo e nos slogans” (SARAIVA, 1987, p. 502).

Uma crítica pertinente era a de que representantes da SUCAM, da Fundação FSESP, da universidade e dos órgãos regionais ligados ao Ministério do Trabalho apreciavam os planos municipais, regionais e estaduais de saúde, participavam da solicitação de recursos, recomendavam as adesões dos municípios ao SUDS e “assinavam os termos de adesão, juntamente com o Secretário de Saúde, mas administravam suas respectivas instituições segundo suas normas próprias e lógicas internas” (PAIM, 1989, p. 367).

Com base em sua experiência como gestor do SUDS no estado da Bahia, Paim (1989) relata que, no comum das vezes, o SUDS permitiu equiparar a remuneração do pessoal das secretarias estaduais de saúde com a do INAMPS, o que na maioria das vezes até dobrou a remuneração dos servidores estaduais, superando às vezes a remuneração das clínicas e hospitais privados. Associadas a uma significativa liberdade de manifestação e de organização dos servidores da saúde, essas iniciativas corroboraram “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”, com o intuito de responder à diretriz da política estadual de saúde para “Promover uma política de recursos humanos justa, racional e democrática, estabelecendo concurso público como forma de seleção de pessoal e revendo o atual quadro de cargos e salários, resgatando a dignidade profissional do setor” (PAIM, 1989, p. 368).

No período dos dois anos (1987-1988) analisados por ele, a conclusão foi a de que “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 com posição paritária” (PAIM, 1989, p. 389). O esforço para 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. (PAIM, 1989, p. 389)

O autor chama atenção para o fato de que a reorganização do modelo assistencial é que substanciava o SUDS, o SUS e a Reforma Sanitária. Por meio dela é que a população poderia perceber, de modo concreto, as mudanças na situação da área da saúde, e assim apoiar a proposta da Reforma Sanitária em curso (PAIM, 1989). Na minha avaliação, essa consideração continua atualíssima.

Uma constatação desenvolvida nessa avaliação feita por Paim, e em outras correspondentes a outras regiões do país, aponta para a necessidade de intervenções na área de recursos humanos, sobretudo na formação médica. A resistência da maioria desses profissionais às mudanças trazidas pelas AIS e pelo SUDS foi uma constante, e creio que continua sendo no processo de implantação do SUS. Muitas vezes não se trata de uma resistência passiva, mas de uma atuação ostensiva contra o relacionamento horizontal nas equipes de saúde e na relação com os usuários do sistema.

Uma crítica frequente ao SUDS diz respeito à inampização dos sistemas estadualizados e municipalizados. Até os parâmetros utilizados para coberturas ambulatoriais e hospitalares por grupos populacionais nas estruturas fundidas eram os mesmos do órgão responsável pela saúde previdenciária, o que demonstraria a contaminação de todo o processo de implantação do SUS pela cultura inampiana. Mas é importante observar que, até esse momento, só o INAMPS tinha acumulado experiência no atendimento de grandes contingentes populacionais, os trabalhadores filiados ao sistema. Creio que só a democratização das tomadas de decisões no âmbito do sistema de saúde, a partir das instâncias diretas de prestação dos serviços, permitirá um rumo novo, capaz de superar práticas institucionais consolidadas ao longo de muitas décadas.

Outra questão polêmica que assumi como secretário de Serviços Médicos do MPAS foi a luta pela incorporação de práticas médicas não alopáticas, hoje conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no âmbito, inicialmente, da assistência médica do sistema previdenciário, e, com as AIS e o SUDS, no sistema de atendimento de estados e municípios. Ressalto que o meu interesse pelas PICs tem um longo curso. Despertado durante os treinamentos de auxiliares do Projeto Montes Claros, desdobrou-se nas minhas atividades como secretário de Saúde de Minas Gerais, SSM/MPAS, ministro da Saúde e deputado federal (1995/2019). Um momento importante foi a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006a).

É importante tratar a incorporação das práticas integrativas dentro de um continuum de avanços, lembrados pela professora Maria Fátima de Sousa, no prefácio do livro *As Práticas Integrativas e Complementares, 2021*:

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, 1991), a Estratégia Saúde da Família (ESF, 1994), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 1996) e a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), entre outras, demarcam a *militância pedagógica* que almeja a inteireza de práticas integradas na produção social em saúde. É nessa efervescência que nasce a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS, 2006). (SOUSA, 2021, s/p)

A prestação dos serviços de saúde previdenciária valeu-se, até 1985, exclusivamente dos conhecimentos, procedimentos e recursos das técnicas médicas alopáticas. Embora sensibilizado desde o treinamento dos agentes de saúde do Projeto Montes Claros, no qual se abriu um espaço para a discussão das práticas tradicionais para promoção, prevenção e recuperação da saúde, fui estimulado pelo ministro Waldir Pires, que se tratava, desde o seu exílio na França, com homeopatas e acupunturistas. Eu conhecia casos de médicos especialistas nessas áreas que estavam impedidos de exercê-las no atendimento previdenciário. Por outro lado, esses profissionais tinham êxito em suas clínicas privadas.

A partir dessas constatações, criei um grupo de estudos de práticas não alopáticas junto à SSM. Nesses tempos heroicos, pré-Constituição de 1988 (BRASIL, 1988a), sofri preconceito por parte de colegas da própria secretaria e da direção geral do INAMPS. É como se eu quisesse caminhar com algo excêntrico, anticientífico, ou dispersasse esforços que deveriam se concentrar inicialmente na consolidação das AIS e, depois, na implantação do SUDS. Ainda assim, através da Portaria nº 330/SSM de 24/11/1986 (BRASIL, 1986), criei o grupo com o objetivo de estudar “terapêuticas alternativas” que deveriam ser implementadas no âmbito da assistência médica previdenciária. Lembrei do interesse já manifestado pela Organização

Mundial de Saúde em 1983⁹¹ acerca do estudo e da utilização de medicinas tradicionais em sistemas de saúde de muitos países, como a ayurveda na Índia. Esse sistema médico remonta ao tempo dos vedas (3.000 a.C.) e ainda hoje convive com a chamada “medicina moderna”. O grupo de trabalho levantou documentação pertinente a vários países e instituições.

Apesar das críticas, argumentava que a reconquista do poder civil, com a Nova República, pressupunha renovar métodos e processos, e a discussão e o estímulo a propósito da incorporação dessas técnicas traduziam a mesma essência democrática que sustenta o pluralismo, inclusive no nível da assistência médica prestada pelo serviço de saúde. Ademais, estávamos diante da situação de crescimento do número de profissionais dedicados à acupuntura e à homeopatia, respondendo à demanda crescente por parte de usuários.⁹² Reconhecia o admirável avanço da ciência na área da saúde e do conhecimento humano acerca do processo saúde/doença como contribuição científica e cultural, resultante de um esforço concentrado e organizado, mas que na sua origem estava marcado pelo processo de erro/acerto, o que, epistemologicamente, não comportaria o preconceito, o exclusivismo e a exclusão respaldados por um processo social que engendrou determinado modo de produção e suas relações sociais, que passam obviamente pela organização da exploração da mão de obra e pela questão das relações de poder.

Assim, as medicinas cognominadas de alternativas, paralelas, “doces” (como na França), numa tradução semântica de sua condição de marginalidade, secundarismo e “desprovimento de bases científicas de conhecimento e aplicação” – engano que não passa, insisto, pelo crivo da epistemologia –, têm, por mais que a neguem, uma trajetória, no nível do tempo e da cultura dos povos, muito consolidada. Faltaram-lhes, entretanto, a adoção oficial, o estímulo, a possibilidade de exercerem um papel quase específico em determinados contextos sociais, o espaço para difundirem-se e tornarem-se objeto próprio de especulação, interesse e adoção, para contornar ou resolver as aflições e sofrimentos humanos.

Lembrava que não é verdade que a medicina alopática, hoje amplamente hegemônica, esteja embutida no próprio conceito de civilização, tendo sido exercida como meio exclusivo e eficaz para a correção de danos à saúde. Muita gente, em muitas partes do mundo, sem acesso à medicina oficial, utilizou-se e continua utilizando de práticas herdadas no nível de sua própria cultura para fazer frente à sua aflição física ou psíquica. Conhecedor de lugares remotos do Brasil, pude verificar que os medicamentos caseiros, os chás feitos com a utilização das ervas

⁹¹ Traditional medicine and health care coverage (A reader for health administrators and practitioners). World Health Organization Geneva, 1983. Edited by Robert H. Bannerman, John Burton and Ch'en Wen-Chieh.

⁹² Relatório da Secretaria dos Serviços Médicos, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1987.

e dos procedimentos prescritos pela tradição popular, vêm ajudando na solução de problemas de expressivas camadas populacionais.

Em Itacarambi, no Norte de Minas, acompanhei o pajé da tribo xacriabás quando exercia o seu procedimento ancestral e, muitas vezes, admirava-me com a eficácia da sua reza e dança. Aos que se mostravam incrédulos ou desapontados com o meu relato, indagava-os sobre a ampliação do conceito de saúde. “O completo bem-estar biopsicossocial” enfatiza componentes psicológicos e sociais.

Obviamente não se trata de um retorno “rousseauniano”, mas de, utilizando-se dos métodos disponíveis, apreender e sistematizar as experiências, por vezes milenares, de tangível eficácia. Hoje, parcela considerável dos medicamentos utilizados no arsenal da medicina alopática tem origem em plantas e minerais. Há uma disputa para o estudo de espécies desconhecidas ou pouco estudadas, como é o caso da rica flora Amazônica.

Algumas características das medicinas não alopáticas precisam ser destacadas: o baixo custo, a não dependência tecnológica, o volume mínimo de importação de matérias-primas, a fácil utilização dos medicamentos prescritos pelos usuários e uma característica comum a todas elas, o acolhimento. Essas qualidades podem nos ajudar alcançar a almejada “humanização do atendimento”, e nos leva a refletir sobre o quanto as características da produção, apropriação e utilização da medicina alopática (moderna) ajudou a desumanização/automatização/despersonalização do atendimento às pessoas e comunidades.

O convívio das práticas integrativas e complementares com a medicina “científica” hegemônica pode contribuir para a humanização do atendimento. Pude verificar isso na Índia, onde muitos serviços de saúde propiciam a escolha dos usuários pela medicina ayurvédica ou “moderna” num mesmo estabelecimento. Prestei atenção na acolhida dispensada pelos profissionais, e observei o mesmo padrão de gentileza no acolhimento. Já em hospitais exclusivos da medicina “moderna”, reparei no mesmo alheamento e objetificação que sempre me desagradaram em muitos serviços de saúde do Brasil, nos seus vários níveis, desde os tempos de estudante. Nos serviços indianos, pude observar uma cooperação interprofissional. Muitos casos, não vem ao caso aqui especificá-los, os médicos intercambiavam pacientes. Alguns procedimentos cirúrgicos mais simples eram encaminhados aos ambulatórios ayurvédicos, enquanto esclarecimentos diagnósticos laboratoriais ou imaginológicos eram usados para confirmação de métodos próprios da medicina védica.

Na área de formação de recursos humanos, há um sistema próprio para a formação de médicos da medicina tradicional indiana. Visitando algumas dessas faculdades, ouvi de docentes e alunos que, de forma crescente, o Ministério da Saúde, responsável pela medicina

“moderna”, vinha recebendo recursos cada vez mais vultosos, em detrimento do Ministério de Medicina “tradicional”. Muitos estudantes estavam migrando para faculdades que ensinavam a medicina alopática, pois a remuneração era crescentemente mais compensatória.

Por outro lado, a adoção de práticas tradicionais – que preferimos chamar, nem sempre com muita propriedade, de “não alopáticas” (também não gosto da palavra “complementares”) – não pode representar a mera incorporação dessas técnicas como alternativa para atingir vazios de cobertura ou meros instrumentos para a redução de gastos, como acontece com a proposta de atenção primária desvinculada de um sistema de saúde capaz de resolver os problemas de saúde nos vários níveis de complexidade. Estaríamos, ignominiosamente, ludibriando setores sociais subalternos nos dois casos. Não se trata tampouco de confrontar, substituir ou subtrair espaços à medicina alopática, resultado de profundo e intensivo avanço do conhecimento humano, mas de incorporar outros conhecimentos e modelos, propiciar a cooperação mútua, na perspectiva de podermos aproveitar, no concerto dos vários conhecimentos sistematizados, o que pode ser mais bem utilizado em função do compromisso último com a saúde da população.

Em março de 1988, consegui editar as resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8⁹³, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia nos serviços públicos abrangidos pelo SUDS. As assinaturas dos secretários gerais dos Ministérios integrantes da CIPLAN foram obtidas após eu intensificar entendimentos com as equipes técnicas dos ministérios, receosas com as reações da categoria médica. É interessante citar aqui os “considerandos” da Resolução CIPLAN nº 08 (08/03/88) referente à fitoterapia:

CONSIDERANDO a estratégia das Ações Integradas de Saúde aprovada pela Resolução CIPLAN nº 07/84, de 03 de março de 1984; CONSIDERANDO que a Fitoterapia é prática terapêutica milenar que inclui o aproveitamento da flora brasileira, contando o seu acervo com literatura científica especializada, e largamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS); CONSIDERANDO que a sua aplicação terapêutica tem demonstrado alta eficácia em algumas patologias mais comuns da saúde pública; CONSIDERANDO o seu uso secular no Brasil, e a possibilidade de baratear custos para os cofres públicos, implicando em uma maior autossuficiência e menor necessidade de importação de matéria prima, resolvem: IMPLANTAR a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), buscarem a inclusão de Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar; Criar procedimentos e rotinas relativas à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas. (BRASIL, 1988b)

⁹³ Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6212&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Comiss%E3o%20Interministerial%20de%20Planejamento%20e%20Coordena%E7%E3o&numero=4&situacao=VIGENTE&data=08-03-1988&vide=sim>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Os receios pareceram-me premonitórios. Fui acionado pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 e 1987, ameaçando-me com processos por “incentivo ao charlatanismo”. Fui identificado como propulsor de práticas médicas heterodoxas. Recebido por parte da diretoria em Brasília, apresentei uma “historiografia” retrospectiva que começava pelo “Programa de Medicina Tradicional” instituído desde a década de 70 pela Organização Mundial da Saúde, passando pela “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, e me estribei no relatório da 8ª *Conferência Nacional de Saúde*, de 1986, que recomendava a adoção das “práticas alternativas de assistência à saúde”. Argumentei que a *Conferência* seria um bom momento para a discussão dessa questão. Nas duas oportunidades senti-me intimidado, apesar da não formalização da abertura dos processos.

Em encontros com a categoria médica, parte dos presentes arguia-me acerca da não cientificidade das práticas médicas privativas dos detentores de registros nos Conselhos de Medicina. Eram colocações superficiais e toscas, de gente que parecia defender a reserva de mercado profissional, sendo incapaz de discutir as bases epistemológicas do conhecimento médico e, em termos mais gerais, da formação do conhecimento na área da saúde. O arrefecimento dessas reações foi precipitado por iniciativas de municípios e estados em desenvolver sistemas de atendimento com práticas integrativas na área de saúde. À mesma época, os hospitais universitários da UFMG e da UFRJ (Fundão) desenvolveram Centros de Controle da Dor com a utilização da acupuntura.

A minha convicção acerca da necessidade de democratização dos sistemas de saúde passava pela incorporação de práticas integrativas, e mobilizou-me em oportunidades que teria como secretário da Saúde de Minas e ministro da Saúde. A elaboração de iniciativas nessa direção levou-me a criar uma área para o desenvolvimento da PICS na secretaria, estimulando os municípios nessa direção. Ao me afastar do Ministério da Saúde em 31 de março de 2006 para a disputa eleitoral daquele ano, deixei engatilhada a Portaria MS nº 971, de 03/05/2006 (BRASIL, 2006b), assinada pelo meu sucessor, Agenor Álvares, que aprovou – já com esse nome – a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

Ela propiciou a inclusão de plantas medicinais, acupuntura, homeopatia e crenoterapia no SUS. Já a Portaria Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 853, de 17/11/2006 (BRASIL, 2006c), cuidou de incluir na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de informações do SUS, o Serviço 068 – Práticas Integrativas e Complementares. Essa portaria resultou de

[...] uma subcomissão nomeada pelo CNS, que contou com a participação de representantes do Conselho Nacional de Saúde, técnicos do Ministério da Saúde e consultores externos com o propósito de discutir e elaborar a proposta final a ser avaliada pelo CNS em reunião agendada para fevereiro de 2006. [...] foi aprovado por unanimidade, consolidando, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (BRASIL, 2006b, p. 9)

Denominações como “alternativas”, “complementares”, “não convencionais”, que trazem na sua genealogia a ideologia de “saberes sujeitados”, aqueles “abaixo do nível de conhecimento ou da cientificidade requeridos”, permitiram a “insurreição desses saberes”, portadores da “memória dos combates”, de vitórias e derrotas. A discussão sobre a necessidade de diminuição do consumo (e do desperdício), a promoção do cuidado e do autocuidado, a necessidade de pouparmos recursos naturais, a adoção de hábitos e modos de vida saudáveis, o reforço da promoção e prevenção da saúde (até pela questão dos custos) pode nos dissuadir da ideia de que cuidar da saúde é só ir ao médico e fazer exames regularmente. Sobre isso, diversos estudiosos concordam em que a saúde extrapola os limites do estado de não doença; possui dimensões “sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas”, pois

A existência de saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras [...] é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo –, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases. (VAITSMAN, 1992, p. 171)

Ela deveria estar conforme com os preceitos de promoção e prevenção mais afeitos às práticas integrativas, mas, como ressalta Minayo (2013), além dos aspectos biológicos, subjazem nessas questões a dimensão histórica, sociocultural, político-ideológica, que não pode ser contabilizada de modo simplista quando se têm vivências desiguais que constituem identidades diferentes de agir, sentir, pensar e conceituar os processos que envolvem a saúde, a doença, o autocuidado inerentes à construção social da sociedade de que participam. Do mesmo modo, Madel Luz (2007) infere que

A saúde como estado positivo é vista por nós como conjunto de possibilidades concretas de a coletividade produzir e se reproduzir como coletividade, isto é, como

criação coletiva constante das condições de existência da própria sociedade. Neste caso, saúde remete diretamente às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social). Remete, portanto, às condições em que se dá a produção social. (LUZ, 2007, p. 31)

Como afirma Paulo Buss, *“É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população”* (BUSS, 2000, p. 163). Consciente das discussões históricas relacionadas, o autor entende que os desafios são plurais, reconhecendo que

[...] demonstrar que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio. Embora sobejamente demonstradas, restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive no que diz respeito às intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida. (BUSS, 2000, p. 165)

Ele defende um envolvimento intersetorial do poder público, dos profissionais da saúde, das autoridades, das organizações sociais, da sociedade em geral, uma vez que todos têm responsabilidade sobre as condições de vida e saúde da população. Sua conclusão me parece pertinente quando diz que

Não há receitas prontas. A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social. (BUSS, 2000, p. 176)

Mas, se não há receitas prontas, há um consenso da necessidade de práticas que envolvam toda a sociedade, especialmente a vivência de uma noção mais ampliada de mundo, das práticas possíveis e não hegemônicas, que muitas vezes se opõem a um modelo mercadológico, medicalizante, nos moldes dos interesses capitalistas na área da saúde. Pensando-se essas corroborações que comungam de um mesmo senso de saúde e de doença, da complexidade e dos determinantes sociais que as envolvem:

[...] percebe-se que as Práticas Integrativas e Complementares têm potencial de revitalizar as discussões da saúde coletiva e estimular mudanças no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde. Entretanto, evidencia-se o despreparo político e técnico de profissionais da saúde para uma atuação efetiva com PICS dentro da realidade do SUS. (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012, p. 375)

Assim, avançamos com a inclusão e a disseminação das práticas integrativas até o ano de 2016. Ao final de 2015, o número de equipes que realizavam os PICS presentes no PNPIC chegou a 1.089 equipes em 495 municípios. Outras 1.336 equipes realizavam PICS ainda não presentes no Programa Nacional. As práticas mais ofertadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foram a medicina tradicional chinesa/práticas corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Qi Gong, Tui-Ná) e/ou mentais (meditação). As práticas não presentes no PNPIC e mais exercidas naquele ano foram a massagem Shantala e a terapia comunitária.

Como deputado federal, consegui, sob os auspícios do Ministério da Saúde e contando com apoio organizacional da OPAS, realizar no Brasil, em 2018, o *1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública* (INTERCONGREPICS).⁹⁴ Realizado no Rio de Janeiro entre os dias 12 e 15 de março de 2018, no Riocentro, o evento contou com a participação de cerca de 4.000 pessoas, sendo 1.000 de vários países do mundo. O congresso constituiu fóruns de discussão internacional para a integração e trocas de experiências entre os profissionais e gestores das diversas práticas integrativas, tanto do Brasil como de outros países, e contou, além do MS, com o apoio das Frentes Parlamentares Mistas de Práticas Integrativas em Saúde e Educação. De acordo com as notas no site do evento, foram apresentados mais de 900 trabalhos científicos, com relatos de experiências no SUS, no Brasil, e no mundo.

Em uma das apresentações, o Hospital Albert Einstein apresentou os múltiplos enfoques de que tem se utilizado para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, através do uso de PICS. Foram abordadas as 19 práticas integrativas, denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicinas Tradicionais e Complementares (MT&C), e a história de sua institucionalização no SUS por meio da PNPIC, que contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços em homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, Ayurveda, medicina antroposófica, naturopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo Social/crenoterapia, reiki, yoga, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, shantala e terapia comunitária integrativa.

Uma vez mais, a nota destoante veio do Conselho Federal de Medicina, preocupado com a repercussão do congresso. O conselho divulgou uma nota na mídia, impressa e televisiva, questionando a cientificidade das PICS. Coube a resposta à Madel Therezinha Luz e a mim,

⁹⁴ Disponível em: <<http://portalods.com.br/eventos/1o-congresso-internacional-de-praticas-integrativas-e-saude-publica-intercongrepics/>>. Acesso em: 30 set. 2021.

que propusemos uma discussão sobre a epistemologia do saber médico. Aguardamos até hoje a aceitação do convite. Pensando numa crítica mais abrangente, cabe citar uma fala feita por ela:

A tendência à identificação das condições de saúde com presença/ausência relativa de doença na população vem sendo historicamente, no Brasil como nas demais formações sociais capitalistas, a forma concreta de não se questionar o problema das condições globais de vida nessas formações. (LUZ, 2007, p. 17)

Sousa (2021) fala da relevância que as práticas integrativas possuem na construção de um novo olhar sobre a integralidade da saúde, que se reafirma ainda mais em tempos pandêmicos, os quais assolam o mundo nos últimos meses. Elas seriam “instrumentos de saúde e cuidado” que podem ampliar essa acepção com um

[...] alcance [da] elasticidade de novos modos de produzir saúde e de anunciar outros tempos – modos esses capazes de reverter os costumes dominantes do viver, predominantes nas regras escritas na pedra mais perversa da humanidade: as pestes e as guerras. Muitas ocorreram do século XVI ao XVII; outras se arrastam, por vezes silenciosas, por vezes gritantes, ao longo de décadas, nas incidências e/ou reincidências das doenças evitáveis, dos males do hipercapitalismo, que se agrava à medida que o ultraliberalismo vai se impondo na contramão do Estado de bem-estar social. (SOUSA, 2021, s/p)

A autora lembra que o ideário de ampliar a concepção de saúde foi travado pelo setor por décadas, encontrando no Movimento Sanitário uma missão, culminada na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). As propostas alternativas visavam a um novo modo de atenção à saúde, em diferentes perspectivas, na família e na comunidade. Assim:

Sabemos que é possível conhecer e viver melhor a verdade e a qualidade desses valores em sociedade, demasiadamente humana. E, para isso, é imperativo aprofundar o Estado democrático de direito e suas agendas afirmativas, que visam à construção de políticas públicas integradas, deixando no passado o véu que, agora, cobre o manto do arrogante biopoder nas ciências da saúde: a medicalização da sociedade e seus aparatos expressos no complexo médico-industrial. (SOUSA, 2021, s/p)

Institucionalmente, andamos perto de transformar em departamento o Núcleo de Práticas Integrativas, ancorado na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Com a ascensão do atual (des)governo, essa estrutura foi desfeita e seus membros, dispensados do ministério. Qualquer espaço contra-hegemônico foi extinto pelo obscurantismo negacionista que tomou conta do governo. Infelizmente quase não houve reação, devido à ideologia medicalizadora e ao curativismo incutidos na população, bem como ao pouco tempo de institucionalização das PICS dentro do SUS. Graças à descentralização, com a municipalização

e distritalização do sistema, 3.173 municípios brasileiros, em 2018, ofereciam atendimento de práticas integrativas em 9.350 estabelecimentos, 88% na rede de Atenção Básica.

O desmonte técnico do governo obtuso e negacionista que assumiu o poder em 2019 afetou com vigor a área contra-hegemônica que cuidava das PICS, o que faz nexos também com a desastrosa condução no enfrentamento da pandemia e na política ambiental do país. Conforme o dr. Marcos Freire:

As PICS dialogam, também com as emergências causadas pelo modelo de desenvolvimento comprometedor da saúde do planeta Terra, como o aquecimento global, o desmatamento das florestas, as alterações climáticas, o crescimento e o consumo insustentáveis, a crise hídrica e energética, a poluição atmosférica, a fome e a exclusão social. (FREIRE JUNIOR, 2021, s/p)

CAPÍTULO V

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: O IMPERATIVO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Em meados de 1988, percebi a mudança de ventos nessa fase do governo Sarney. O “Centrão” ampliava a sua influência no governo. Presumi que o espaço para levar adiante a institucionalização da POI, sob a coordenação da CIPLAN, para fazer avançar a RSB estava se estreitando. Conversei abertamente com o ministro Renato Archer sobre a conveniência da minha saída da Secretaria de Serviços Médicos. Ele me confirmou acerca das dificuldades para continuar no cargo e no governo, mas pediu que eu permanecesse até a data de sua saída. Como eu estava de férias marcadas para ir com a família a Minas, deixei uma carta de demissão assinada e pedi que fosse publicada junto com a sua exoneração.

Alguns dias depois, recebi um telefonema do gabinete do ministro, comunicando a sua saída e confirmando o meu interesse em ver publicada a minha demissão (a pedido) junto ao ato de demissão do ministro. Confirmei. Devo registrar que o seu substituto, o senador Jader Barbalho, fez contato comigo, consultando-me acerca do meu interesse em permanecer na equipe, já que havia recebido solicitação nesse sentido da direção do PMDB. Agradei a consideração, mas mantive a decisão de voltar a Minas. Como imaginei, fui substituído pelo diretor que me antecederara, o médico maranhense José Serrão.

Aqui vale a pena dizer que, fiel à minha intuição, sempre me antecipei ao constrangimento de ser exonerado. Na direção do CRS, no início da minha vida profissional como gestor, quando percebi a inviabilidade de continuar tocando o Projeto Montes Claros, com a nomeação de um médico montes-clarenses, o dr. João Valle Maurício, em 1981, negocieei a minha saída para cursar a especialização na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, ligada à SES/FUNED (Fundação Ezequiel Dias) e, em seguida, o mestrado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ. Não esperei ser substituído ou ter que trabalhar com pessoas alheias à administração pública, sem interesse em manter o ideário que consagrou o Projeto Montes Claros como uma das experiências mais significativas do repertório da RSB.

Nesse caso ocorreu um fato curioso: a disputa entre grupos políticos da cidade e pessoas ligadas ao novo secretário fez com que o CRS fosse ocupado “interinamente” pelo meu sogro por mais de um ano. Só fui exonerado em 20 de outubro de 1982, quando já estava totalmente envolvido com a oposição na eleição municipal. Deixei a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros para ocupar a de Serviços Médicos do MPAS em Brasília, em 1985. Fiz gestões, junto ao vice-prefeito dr. Mário Ribeiro, para que fosse substituído pelo dr. Carlos Guilherme Vieira.

Quando, mais tarde, me afastei da Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais para disputar o meu primeiro mandato de deputado federal, fui substituído pelo dr. José Maria Borges, um amigo dos tempos do Projeto Montes Claros. Ele já ocupara anteriormente o cargo durante o mandato-tampão do governador Hélio Garcia, em 1984, quando o dr. Tancredo Neves se afastou para disputar a presidência no Colégio Eleitoral. Nos meus dois primeiros anos como secretário de Saúde do Estado (1991-1992), o dr. José Maria ocupava a Secretaria Municipal de Belo Horizonte no governo do prefeito Célio de Castro. A convivência institucional próxima e colaborativa consolidou a nossa confiança e amizade.

Ao sair do Ministério da Saúde, em 2006, para disputar mais um mandato como deputado federal, sugeri ao presidente Lula, que me disse que não gostaria de mexer na equipe, o nome do companheiro e amigo, secretário executivo do ministério na minha gestão, José Agenor Álvares, sempre muito próximo à minha trajetória desde o Projeto Montes Claros. Assim é que sempre procurei “fazer” o meu substituto para preservar a linha de trabalho da equipe, e preservar-me de adversários e inimigos.

Figura 23. Saraiva Felipe ao centro, como ministro da Saúde, com Paulo Gadelha, à esquerda, e Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), à direita, 2005



Fonte: Acervo pessoal

Nessa trajetória, ainda usando um “sexto sentido”, recusei cargos quando avaliei ou fui informado de que não poderia montar a espinha dorsal da minha administração, como foi o caso da Secretaria de Saúde de Minas num dos períodos do governo Itamar Franco. Sei do risco de responder por ações administrativas alheias quando não se tem o controle de uma instituição gestora complexa. Fiel a essa linha de pensamento, não corri riscos, ou consegui mitigá-los. O núcleo da minha equipe foi sempre o mesmo, amigos(as) ou companheiras(os) que conheci nas

lutas do Movimento Sanitário, parceiros(as) de causas comuns em quem pude sempre confiar. Lembra uma frase de Guimarães Rosa: “É no junto do que sabe bem, que a gente aprende o melhor” (ROSA, 1986, p. 487).

Em questões administrativas, ainda que pressionado, valia-me dos seus juízos, e até me escudava neles. Diante de situações delicadas, sugeria aos demandantes conversar com o secretário executivo, o Agenor, informando que ele era o ordenador de despesas do ministério. Em geral, o retorno vinha sob a forma de queixas das lideranças partidárias acerca da inflexibilidade daquele interlocutor, “que teria cara e jeito de poucos amigos”. (Eu levava ao presidente Lula os termos da solicitação não atendida para preveni-lo de que a inviabilidade geraria queixas vagas sobre mau atendimento.)

Além da decisão de disputar mais um mandato legislativo, a minha saída passou pela convicção de que a minha permanência em um novo mandato não seria avalizada pela direção do PMDB. E vi a possibilidade de influenciar a escolha do meu sucessor, que, com uma carreira técnica construída no Ministério da Saúde, seria menos cobrado no período eleitoral que se avizinhava. Em política, a percepção da hora de sair de um cargo ou função sempre me pareceu mais importante do que a de entrar.

Outra observação que cultivei (e cultivo) é que a experiência em cargos ou funções é sempre uma oportunidade de aprendizado e motivação para, em cargos superiores, procurar corrigir ou superar obstáculos que se interpuseram no caminho do meu trabalho. O Projeto Montes Claros convenceu-me acerca da necessidade da universalização com atendimento integral sob o comando de um agente por esfera de governo. Apostar no SUDS como o caminho para chegar ao SUS era uma convicção firmada, apesar de posições contrárias. A passagem pela Secretaria de Saúde de Montes Claros, além da constatação anterior, convenceu-me da irracionalidade de separar, de forma estanque, ações coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Com base nessas experiências, o secretário de Saúde do Estado, apesar das críticas, estava convencido da necessidade de promover a descentralização, com a municipalização maciça dos serviços de saúde da secretaria e, com o SUDS, do INAMPS em Minas Gerais. Como secretário estadual, durante a presidência de Itamar Franco, articulei junto ao prefeito Célio de Castro a nomeação do dr. Carlos Mosconi para a presidência do INAMPS, com o compromisso comum de implodi-lo. Ainda nessa função, percebi a inconveniência da administração convenial da instância federal com o estado, a irracionalidade dos repasses carimbados (“caixinhas”), incomunicáveis, refratários à lógica do uso racional dos recursos de acordo com as necessidades de atendimento percebidas pelos gestores, em particular ou através

das instâncias intergestoras, bem como das demandas dos usuários, diretamente ou através dos conselhos.

Essas situações impulsionaram-me à obsessão de acabar com as caixinhas e estabelecer os pactos em três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006d), com a proposta de reunir esforços para enfrentar os desafios complexos na produção de saúde:

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. (BRASIL, 2006d, p. 3)

Esse compromisso, além de dar mais autonomia aos gestores estaduais e municipais, que se responsabilizavam por objetivos e metas, contornava o projeto de lei de responsabilidade sanitária, que assombrava os gestores públicos, os quais estariam sujeitos a punições draconianas por condutas julgadas subjetivamente, como a piora do estado de saúde de determinada população, o não cumprimento de indicadores de saúde e metas quantitativas de serviços, sendo que a deterioração da saúde poderia relacionar-se ao agravamento de questões sociais ou à insuficiência dos recursos alocados no setor em qualquer das três esferas de governo.

Da mesma forma, como ministro, firmei a convicção de que era imprescindível a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) diante, sobretudo, da farsa representada pelas contrapartidas dos governos estaduais aos gastos federais, incluindo-se, por exemplo, gastos com alimentação popular, pagamentos de aposentadorias a profissionais de saúde, gastos com hospitais das polícias militares etc. Depois de muito empenho e negociação com lideranças partidárias, assumi a relatoria dessa regulamentação na Câmara (2011).

Além dos percentuais de gastos orçamentários obrigatórios (15% dos municípios, 12% dos estados e 10% das receitas correntes líquidas, governo federal), a regulamentação definiu o rol das ações finalísticas de saúde. A resistência do governo federal à época foi grande. A presidente, Dilma Rousseff, foi pressionada pelos governadores, inclusive os do Partido dos Trabalhadores (PT), alegando que não dispunham de orçamento para cumprir mais essa vinculação de gastos. Conversei com a área econômica do governo e com os ministros palacianos, sem conseguir convencê-los da importância da iniciativa.

Sem acordo, a matéria foi a votação na Câmara, tendo sido aprovada com o apoio da “bancada da saúde”, inclusive com participação expressiva de parlamentares que apoiavam o governo. A matéria foi objeto de acaloradas discussões no Senado. O governo federal conseguiu alterar a sua participação no orçamento da saúde, comprometendo-se à aplicação anual, de acordo com o art. 5º da Lei Complementar 141, do valor “correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior apurado nos termos da Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual”. No art. 6º, a lei explicita que “os Estados e o Distrito Federal ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, enquanto que os municípios ficaram obrigados a comprometer também, no mínimo, 15% das suas arrecadações” (BRASIL, 2012b).

No capítulo II, os artigos da referida lei são definidos: “*considerar-se-ão como despesas com ações dos serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção e recuperação da saúde*” e “*destinadas às ações de acesso universal, igualitário e gratuito*”, e, ainda, “*não se aplicando as despesas feitas em outras políticas públicas*” (BRASIL, 2012b). Essas e outras definições sobre o controle de gastos evitaram os atalhos das contrapartidas e dispêndios aleatórios.

A militância política como parlamentar ensinou-me que não sou o senhor do tempo político nem das ideias “iluministas iluminadas”. O tempo para a tomada de decisões é breve e exige arrojo. E só uma participação organizada dos usuários do SUS pode dar completude aos seus princípios – ainda bem que – consagrados na Constituição Brasileira. Essa participação está vinculada ao processo democrático da sociedade como um todo.

A somatória das experiências em cargos anteriores, nos quais muitas vezes a melhoria institucional do atendimento à saúde não se fazia acompanhar por melhorias nos indicadores de saúde, sensibilizou-me a agilizar a recomendação da Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2005, que recomendava a instalação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (hoje, da Inequidade em Saúde) através de um Decreto da Presidência da República de 13 de março de 2006 (BRASIL, 2006k). Essa concepção desdobrava o preceito, inscrito na Constituição de 1988, que reconhecia a saúde como um dos direitos sociais de todo cidadão e um dever do Estado, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios da equidade, solidariedade e universalidade. A criação da comissão reconhecia que “são os fatores sociais, políticos e econômicos interrelacionados que criam as condições em que as pessoas vivem, aprendem, trabalham e se divertem” (KRIEGER, 2001).

Esse decreto constituiu também um Grupo de Trabalho Intersetorial integrado por diversos ministérios relacionados com os DSS, além dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS). As referências são o conceito de saúde, tal como o concebe a OMS – “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” – e o preceito constitucional fundamental que reconhece a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998, art. 196). Sobre isso, Buss e Pellegrini Filho entendem que

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78)

Os autores assinalam que a criação da CNDSS foi uma resposta ao movimento global desencadeado pela OMS para a promoção, em nível internacional, da consciência sobre a relevância que os DSS têm nas condições de saúde da população em geral, bem como o necessário combate das iniquidades que são geradas por eles. A comissão está representada por personalidades expressivas de diferentes campos, como a empresarial, a cultural, a social, além de envolver diversos ministérios, conselhos estaduais e municipais que representam a área da saúde.⁹⁵ Sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. Essa composição expressa o propósito de garantir uma ampla participação da sociedade civil brasileira, combinada com especialistas de alto nível nas matérias determinantes sociais da saúde e políticas de saúde.

⁹⁵ Os 17 membros da CNDSS designados pelo ministro da Saúde Saraiva Felipe foram: Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz (Coordenador); Adib Jatene – Academia Nacional de Medicina; Aloísio Teixeira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Ana Lúcia Gazzola – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); César Victora – Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Dalmo Dallari – Universidade de São Paulo (USP); Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira – Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN); Elza Salvatori Berquó – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); Sérgio de Magalhães Gomes Jaguaripe (Jaguar) – Cartunista; Jairnilson Paim – Universidade Federal da Bahia (UFBA); Maria Lucélia dos Santos – Atriz; Moacyr Scliar – Academia Brasileira de Letras; Roberto Smeraldi – Amigos da Terra– Amazônia Brasileira; Rubem César Fernandes – Movimento Viva Rio; Sandra de Sá – Cantora; Sonia Fleury – Fundação Getúlio Vargas; e Zilda Arns Neumann – Pastoral da Criança.

É importante recordar que estávamos no primeiro mandato do presidente Lula, que teve como principais marcas a manutenção da estabilidade econômica, a retomada do crescimento do país e a redução da pobreza e da desigualdade social. Esse governo, em oito anos, registrou crescimento de 32,62% do PIB (média de 4%) e 23,05% da renda *per capita* (média de 2,8%). Nesse período, a inflação foi reduzida de 12,53% para 5,90%. O programa social mais conhecido foi o Bolsa Família, criado por meio da Lei 10.836 (BRASIL, 2004a) e regulamentado pelo Decreto nº 5.209 (BRASIL, 2004b), que tinha como finalidade a transferência direta de renda do governo federal para famílias pobres e em extrema miséria. Com ele, um dos principais determinantes sociais da saúde, a renda insuficiente, estava sendo enfrentado na raiz. As informações acima fazem parte de um artigo que está sendo desenvolvido por mim e por minha orientadora, a professora Maria Fátima de Sousa.

O trabalho da comissão continua trazendo desdobramentos importantes, tendo o Brasil sediado a *Conferência Mundial sobre DSS*, que foi realizada em outubro de 2011. Em 22 de junho de 2021, a OMS convocou a primeira reunião do Grupo Consultivo de Políticas e a primeira reunião do Grupo Consultivo Científico para a elaboração do Relatório Mundial sobre a temática, determinando-se a quem ele deveria ser encaminhado, que respostas deveriam ser elaboradas e que temas deveria contemplar – em um momento dramático em termos de saúde para o mundo e do crescimento sem par da iniquidade em saúde. O Relatório Mundial (RM) é uma oportunidade para enquadrar tal ação como crucial para a recuperação e reconstrução da atual crise pandêmica, a fim de alcançar o bem-estar compartilhado e as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. O RM deve fornecer, ainda, exemplos claros de ações bem-sucedidas e recomendações para o futuro, tanto para os Estados-membros quanto para a OMS.

Os principais objetivos da CNDSS são a produção de conhecimento e informações relacionadas aos DSS, o apoio de programas e políticas que visem à equidade em saúde e também o incentivo a atividades que corroborem a conscientização da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Vale lembrar que a CNDSS mantém uma página na web⁹⁶ com um número significativo de informações sobre o tema, com atividades, publicações, documentos, dados relevantes do Brasil e do mundo. Esses conteúdos mais abrangentes ajudam a compreender as mais variadas relações que o tema pode apresentar. Os DSS são plurais; carecem de muitos

⁹⁶ Para saber mais: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-no-brasil/>>. Acesso em: 30 set. 2021.

estudos para ações estratégicas e efetivas para além do que já está posto sobre desigualdades e carências, já reconhecidas como obstáculos reais, pois

Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Em outras palavras, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade. As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas. (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81)

A continuidade das atividades da CNDSS e seus desdobramentos futuros serão uma valiosa contribuição para o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira e para a construção de uma sociedade mais humana e justa. A respeito, seguem as considerações de Rita Barata:

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis. (BARATA, 2009, p. 20)

Nos anos 89/90, na gestão do último ministro da Saúde do governo Sarney, ocupei a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. O convite, feito através do Secretário Executivo, Edmur Pastorello, permitiu-me reunir no órgão as áreas de Ciência e Tecnologia (C&T), distribuídas em várias secretarias e departamentos, sobretudo das SAS.

Com recursos remanescentes do Pró-Saúde, oriundos do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e destinados à pesquisa, montei um comitê coordenado pela professora Sonia Fleury, que analisava os projetos, seus custos e relevância para o desenvolvimento do SUS. A decisão de aceitá-los ou não era inapelável, o que me blindava de interferências políticas. De alguma forma, a minha liberdade de ação estava

relacionada à urgência em dispensar os recursos, já reclamados pela instituição financiadora, o Banco Mundial.

À época, assumi a incumbência de trabalhar os textos das leis que regulamentariam os artigos constitucionais referentes à implantação do SUS. Vali-me do apoio do grupo da OPAS (José Agenor, José Paranaguá, Eugênio Vilaça), que trabalharam os textos que resultaram em pré-projetos das Leis 8080 (BRASIL, 1990a) e 8142 (BRASIL, 1990b). Quando o ministro Alceni Guerra assumiu o ministério no início do governo do presidente Collor, em 1990, o seu chefe de gabinete, dr. João José Cândido da Silva, que trabalhara comigo desde os tempos de SSM/MPAS, comemorou com entusiasmo o recebimento dos anteprojetos. Gostaria de ressaltar o trabalho do dr. Edelberto Luiz da Silva na formatação jurídica dos documentos, cujas Leis foram promulgadas, a primeira, 8080 (BRASIL, 1990a), e a segunda, 8142, em 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Queria ressaltar o mérito do esforço despendido pelo ministro Alceni Guerra e por sua equipe para a aprovação pelo Congresso dessas leis que considero a efetiva certidão de nascimento do SUS. Na verdade, a 8142 veio para recompor a anterior, depois de vetos presidenciais (Collor de Mello) que haviam amputado a questão do controle social.

Convidado a permanecer em Brasília, integrando a equipe ministerial, optei por assumir a função de coordenador técnico do NESCON e participar da campanha do candidato a governador de Minas, Hélio Garcia, nas eleições de 1990. Para garantir a sobrevivência, assumi um projeto do Ministério da Educação junto à OPAS, em Brasília: o “Universidade Integrada ao Sistema de Saúde (UNISIS)”, que pretendia familiarizar os preceitos do SUS junto aos estudantes universitários da área da saúde, mormente os das universidades públicas. A ponte aérea Brasília/BH/Brasília garantia essas múltiplas atribuições.

O convite para trabalhar na campanha partiu do Paulo Paiva (futuro ministro do Planejamento no Governo FHC) e de Walfrido dos Mares Guia (futuro ministro do Turismo e da Articulação Política do governo Lula). Eu fiquei incumbido de discutir com profissionais da área de saúde um projeto para o futuro governo.

Conhecia o dr. Hélio desde a campanha de 1982, quando ele se elegeu vice-governador do estado na chapa encabeçada pelo dr. Tancredo Neves. Com o afastamento do governador para disputar a presidência da República no Colégio Eleitoral (Câmara e Senado), após a derrota da Emenda Dante de Oliveira – a das eleições diretas –, ele assumiu o governo, com a missão política de unir Minas, colocando no mesmo projeto o vice-presidente do general Figueiredo, o mineiro Aureliano Chaves, o ex-governador Magalhães Pinto e outras lideranças mineiras, que se digladiavam há decênios.

Quando eu ocupava a SSM/MPAS, os ministros peemedebistas Waldir Pires, Rafael de Almeida Magalhães e Renato Archer, em suas viagens a Minas Gerais, convidavam-me para acompanhá-los. Nessas visitas, eu ficava intrigado com a proximidade de políticos de estirpes tão diferentes e curioso em relação às conversas reservadas numa saleta contígua ao salão principal do Palácio das Mangabeiras, projetado por Oscar Niemeyer para servir de residência oficial dos governadores. Esses contatos aproximaram-me mais do dr. Hélio, que me chamava de “menino”, como ele se referia aos mais jovens, ou nem tanto.

Ele e Rafael se lembravam de conversas da juventude, quando mobilizados pela rivalidade partidária (ambos tocaram na banda de música udenista na década de 50) e criticavam o então governador de Minas, Juscelino Kubistchek, que encomendara a construção do edifício. Na época, era possível avistar de alguns pontos da cidade, à noite, as luzes do Mangabeiras. Lamentavam-se dos comentários levianos e grosseiros sobre o uso do palácio para orgias e bacanais, boato corrente nas hostes oposicionistas. Vi-os comentar que, em política, “o tempo não apenas é o senhor da razão”, mas também o pai do equilíbrio e do bom senso. E ressaltavam, mineiramente, o papel de JK na história de Minas e do Brasil. O Hélio confiava que, mais tarde, provaria do mesmo veneno. Os dois políticos, desencantados com os rumos do golpe de 1964, que haviam apoiado, desistiram, em 1968, de renovar os seus mandatos como deputados federais.

Hélio Garcia concluiu esse seu mandato de dois anos, não aceitou o cargo no governo Sarney e retirou-se para os seus exílios voluntários em Santo Antônio do Amparo e no Rio de Janeiro. Acompanhei o candidato em algumas viagens de campanha. Em uma delas, ele me disse que eu daria certo cuidando do serpentário da FUNED. Não tinha ideia de que, além de soro antiofídico, a Fundação Ezequiel Dias se destacava como laboratório público, grande produtor de vacinas e medicamentos. Gostei da ideia.

Vencida a eleição, a formação do secretariado foi uma novela. Só na véspera da posse Walfrido ficou sabendo que iria para a Educação, Paulo Paiva para o Planejamento e Roberto Brant para a Fazenda. Evandro de Pádua Abreu, que participou da estratégia protelatória, assumiu, como secretário de governo, o papel multifacetado de todas as áreas, dando tempo para o governador mexer o seu jogo de xadrez, articulando peças e nomes capazes de tocar a máquina do estado, reduzindo desgastes decorrentes das disputas entre grupos políticos e regiões do estado. Eu me sentia contemplado, e já preparava um plano para a FUNED. Além da fábrica de imunobiológicos e medicamentos, estava subordinada à autarquia a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que formava gestores e técnicos para o SUS mineiro.

Algum tempo depois da posse, recebi um telefonema: o governador queria falar comigo do Palácio das Mangabeiras às oito horas da noite. Pedi a um vizinho que me deixasse no portão de entrada do prédio.

Quando chegou a minha vez, subi as escadas onde o dr. Hélio estava conversando com as pessoas que ocupariam cargo no seu governo. Ele foi direto: “Você vai para a Saúde. O seu nome agrada ao Célio (de Castro)” – prefeito de Belo Horizonte, seu médico particular, que fora coordenador do REME (Movimento de Renovação Médica) e presidente do Sindicato dos Médicos de BH – “e ao Patrus” – Agostinho, presidente da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG). E me pediu: “Vá conversando com os dois, dando atenção, mas nenhum deles pode mandar na secretaria, pois não quero ter a metade dos médicos contra mim. Como os dois te elogiaram muito, fica difícil reclamar agora”. Quando esses segmentos o pressionavam a dizer o nome do novo secretário, temendo alguma objeção ao nome que tinha em mente (eu era do grupo estatizante, como eram chamados os formuladores e defensores do SUS), depois de muitas idas e vindas, respondia: “O secretário da saúde serei eu, fica bom para vocês assim?”.

Desci a escadaria meio sonso, depois de agradecer ao governador pelo convite. Ele ainda me preveniu: “Para a imprensa, reforce a sua condição de peemedebista e diga que você representa Montes Claros, o Norte de Minas. O povo de lá gosta de você. É isso que eu vou dizer”. No andar de baixo tinha muita gente especulando o seu lugar na equipe. Alguns cargos tinham mais de um pretendente.

Percebi que, para a minha escolha como secretário de Saúde, o Hélio montou uma “conspiração a favor”, coisa rara em Minas. Primeiro me congelou entre as vacinas e soros da FUNED, impedindo que eu me movesse por conta própria. Aos poucos, foi redirecionando a trajetória. Deixou correr solta a disputa entre o Sindicato dos Médicos (“esquerda”) e a Associação Médica (profissionais que lutavam pelo caráter liberal da sua profissão, médicos donos de clínicas e hospitais etc.), alternando a inclinação entre um e outro lado. Com isso, conseguiu um veto cruzado. Mais tarde, ouvi dizer que “em política o veto pesa mais que a indicação”. Colocou-me como interlocutor das duas agremiações rivais. Havia sondado lideranças tradicionais do meio médico mineiro, sondando acerca da minha aceitação. O professor Hilton Rocha queria um secretário saído dos quadros docentes da UFMG. O dr. Dario Tavares, que me nomeara diretor da DRS/Montes Claros, tinha-me como discípulo, e o dr. Eduardo Levindo Coelho, além de ter me mantido à frente do Projeto Montes Claros, era o líder do setor hospitalar privado e filantrópico do estado; apesar de não o ter apoiado na disputa pelo governo, via com simpatia o meu nome, porque, enquanto secretário de Serviços Médicos do MPAS, abriu espaço para ouvi-lo enquanto dirigente da Federação das Santas Casas do Brasil.

O meu preceptor no pronto-socorro de Belo Horizonte e amigo Célio de Castro tinha consciência e ajudou na escolha do meu nome, e se sentiu tão representado como se ele próprio fora o escolhido.

Mas isso ainda era insuficiente. Esse limão podia dar mais limonada. Estimulou-me a buscar apoio entre os prefeitos do Norte de Minas, onde comecei a minha vida na gestão de serviços públicos de saúde. O Mário Ribeiro, irmão do Darcy e então prefeito de Montes Claros, arregimentou o apoio de outros prefeitos do Norte de Minas, que se manifestaram através de um abaixo-assinado. Depois fez com que eu pedisse a algumas lideranças do PMDB que o haviam apoiado no segundo turno das eleições que reivindicassem espaço no seu governo, através de telegramas e declarações públicas, que ele fazia divulgar de tal forma que eu representasse o PMDB no seu governo. Lembrava-me de que a minha escolha teria que ajudar na formação de maioria legislativa na Assembleia Legislativa.

Enfim, a minha escolha amenizava a disputa corporativa e ideológica entre entidades médicas, atendia a uma região do estado (o Norte de Minas), reaglutinava em torno dele uma importante ala do PMDB, consertava as lideranças médicas mais reconhecidas do estado e agregava apoio político na Assembleia e, antes de que eu me esqueça, facilitava o relacionamento com o governo federal, na medida em que o ministro da Saúde Alcení Guerra havia elogiado com ele a minha condução de gestor na área da saúde.

Figura 24. Saraiva Felipe, à esquerda, com Walfrido dos Mares Guia e Alcení Guerra



Fonte: Acervo pessoal

Em contrapartida, protegeu-me politicamente diante da oposição às medidas administrativas que tomei, necessárias para fazer avançar a implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. O estado foi pioneiro na descentralização (municipalização) dos serviços de saúde.

Na formação da equipe, fugindo de nomes sugeridos por outros secretários e parlamentares, ele resolveu dar uma olhada nas minhas sugestões e comentou com bom humor: “Scotti para a secretaria adjunta? Aprecio o nome, mas de quem se trata?”. Expliquei-lhe que o dr. Ricardo de Freitas Scotti era um técnico competente que tinha raízes no Triângulo Mineiro, onde trabalhou por um bom tempo, criando naquela região relações políticas. O governador se interessou e foi logo perguntando: “O Ronan (Tito), o Zaire (Resende), o Geraldo (Rezende) e o Luís Alberto (Rodrigues) poderiam me encaminhar uma manifestação de apoio a esse Scotti?”. E continuou: “O Triângulo está reclamando de pouca participação no governo, e isso vai ajudar”. Essa foi a senha que me permitiu montar uma equipe da minha confiança e comprometida com o projeto de fazer avançar o SUS em Minas. O Chicão foi para a presidência da FHEMIG; para a FUNED, inicialmente nomeei o professor João Carlos Pinto Dias, filho do dr. Ezequiel Dias, meu professor de Parasitologia na Faculdade de Medicina e que trabalhara comigo no Projeto de Controle da Doença de Chagas no Norte de Minas. Convidado pelo ministro Jatene para a presidência da FUNASA, foi substituído pelo José Agenor; a Maria Helena Brandão assumiu a coordenação do processo de municipalização que elegi como eixo da minha gestão; a chefia de gabinete ficou com o amigo José Francisco da Silva, que conhecera ainda nos tempos de estudante, na pesquisa de Capim Branco; para os demais cargos, nomeei funcionários de carreira e antigos companheiros da luta pela Reforma Sanitária.

Figura 25. Saraiva Felipe com o ex-ministro Adib Jatene, em lançamento de campanha no Hemominas, 1992



Fonte: Acervo pessoal

Uma edição semanal na revista *Veja* trazia como matéria de capa uma reportagem bombástica sobre o mau uso de dinheiro público no país. No corpo da reportagem, a Secretaria de Saúde de Minas era acusada de comprar dois veículos de representação (“super luxuosos, claro!”) com verba federal destinada à aquisição de medicamentos e outros insumos. Intuí a origem da “denúncia”: uma reação corporativa de burocratas do INAMPS, insatisfeitos com a articulação do Célio de Castro e minha. É que, através do dr. Saulo Pinto Moreira, gestionamos junto ao governo do presidente Itamar Franco a indicação do ex-deputado Carlos Mosconi para a presidência do órgão. O objetivo era mesmo implodi-lo, na medida em que, absorvido institucionalmente pelo Ministério da Saúde, estava recuperando prerrogativas e atribuições tipicamente “inampianas”. Do escritório de representação do MS/INAMPS de Minas partiram outras denúncias, como a de que o dr. Mosconi (ex-deputado federal) e eu estaríamos loteando o estado para futuros projetos políticos pessoais. Essas denúncias passaram pelo escrutínio de órgãos de controle do Estado e do MS, que concluíram pela improcedência das “denúncias”.

Aqui vale salientar que desde a substituição do Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS (1988), e mesmo com a incorporação do órgão pelo MS em 1990, uma série de decisões caminhou no sentido de colocar os serviços públicos como produtores e vendedores de serviços para o Ministério da Saúde, indo na direção da chamada “unificação ao contrário” ou “inampização do SUS”.

Em 7 de março de 1990, na última semana do governo Sarney, o INAMPS foi finalmente transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, através do Decreto nº 99.060 (BRASIL, 1990). Em 29 de junho do mesmo ano, o MS baixou a portaria que delegou ao INAMPS a incumbência de implantar, no âmbito do SUS, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Em cumprimento a essa delegação, o INAMPS expediu em 27 de julho de 1990 as Resoluções de nº 227 (27/07/1990) e nº 228 (01/08/1990). O orçamento do INAMPS, que já vinha decaindo há alguns anos, correspondia a aproximadamente 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS), mas era exponencialmente maior do que o do MS.

Essas medidas do MS foram posteriormente regulamentadas através da NOB nº 01 (BRASIL, 1992b) e de uma série de portarias do INAMPS que equipararam os valores das tabelas, a forma de pagamento e o controle de todos os prestadores de serviços de saúde, homogeneizando a relação de compra e venda de serviços. Essas duas resoluções marcam profundas mudanças no sistema de saúde, em particular a que regulamenta a implantação de

AIH nos hospitais públicos, já que a lógica do serviço privado passa a ser oficialmente assumida pelo Estado e estendida ao setor público.

Na verdade, o nivelamento dos prestadores através do pagamento por produção, além de facilitar o controle e o planejamento dos serviços, tem claro viés “modernizador” nas relações de compra e venda dos serviços de saúde. Mas os setores que prestam serviços de saúde têm natureza muito diferenciada e lógicas muito distintas, que vão desde a busca do lucro, como forma de realização do capital investido na empresa de saúde, passando pela utilização da prestação de serviços de saúde como forma de manutenção do poder ou controle político e até mesmo a interesses relacionados à sua função precípua:

Sem dúvida, a homogeneização efetuada simplifica os procedimentos administrativos para a descentralização de recursos e facilita as formas de controle, porém, cabe perguntar se é possível homogeneizar não só as formas de repasse como também os valores das atividades médico-assistenciais realizadas por prestadores com perfis distintos e regidos por lógicas diferentes. (PORTO, 1991, p. 127)

É preciso assinalar que o INAMPS, ao longo do tempo, estabeleceu formas diferenciadas de relacionamento com os prestadores de serviço. Os sindicatos e empresas, por exemplo, eram remunerados por subsídio fixo – um valor pré-fixado –, que era baseado na ponderação do número de atendimentos médicos no sindicato ou no número de empregados, no caso das empresas. Os prestadores públicos (estados e municípios) e as universidades detinham diversas formas de repasse de recursos, na maioria das vezes baseadas em programação de metas.

O sistema de pagamento por produção, através de AIH para o atendimento hospitalar e a Guia de Autorização de Pagamento (GAP) para o nível ambulatorial, é utilizado há bastante tempo no relacionamento do INAMPS com o setor contratado. Ainda em outubro de 1983, com a mudança de pagamento por Unidade de Serviço (US) para o pagamento por procedimento, a Guia de Internação Hospitalar (GIH) foi substituída pela AIH no contrato do INAMPS com o setor privado. Em junho de 1986, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) foram estendidas para os hospitais filantrópicos e, em agosto de 1987, para os hospitais universitários. Nesse momento, essa alternativa superava o pagamento por subsídio fixo, garantindo maior aporte de recursos.

Com a recente implantação do sistema nos hospitais públicos, todos os prestadores, sem exceção, passam a ser remunerados por produção: é um império da relação de compra e venda dos serviços. Nesse sentido, as necessidades da população e da qualidade dos serviços

ou são completamente negligenciadas ou deixam de ter qualquer prioridade na política de saúde.

Como nos alerta Silvia Porto:

Quanto à lógica que norteia a proposta pode-se afirmar que está fundamentalmente relacionada com o conceito de produtividade, deixando de levar em conta tanto as necessidades quanto a qualidade do atendimento e a resolutividade das ações de saúde. Em outras palavras, ao que parece está sendo priorizada a eficiência e esquecida a eficácia. (PORTO, 1991, p. 127)

As atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador, por exemplo, não eram estimuladas na nova ordem pela sua própria natureza de ações de saúde coletiva, em que a “produção do serviço” não pode ser individualizada. Para Hésio Cordeiro (1991):

O novo sistema de financiamento proposto se baseia num conceito de produção de serviços (eficiência?) e de investimento por projetos, não contemplando as ações de saúde coletiva [...] não considera, também, as atividades de desenvolvimento do pessoal de saúde (capacitação e treinamento) nem atividades de Ciência e Tecnologia em Saúde, como, por exemplo, avaliação tecnológica. (CORDEIRO, 1991, p. 24)

A implantação dessa nova sistemática na prestação de serviços de saúde no Brasil era, na verdade, uma demonstração cabal da hegemonia da lógica do INAMPS no setor, tal como era na época do Sistema Nacional de Saúde, apesar dos indiscutíveis avanços na direção da descentralização dos serviços e no poder decisório. Nesse quadro, a questão da autonomia das esferas de governo não tem como se concretizar, já que permanece a mesma relação do INAMPS com os prestadores. “Outro aspecto preocupante é a forma de relacionamento que esta nova sistemática de repasse de recursos introduz entre os diferentes níveis de governo, já que em última instância, o governo federal passa a comprar serviços dos governos estaduais e municipais.” (PORTO, 1991, p. 127)

Na prática, o estado e o município continuavam sendo, para o INAMPS, um prestador como outro qualquer, de quem ele, o INAMPS, comprava serviços. A diferença é que agora as Secretarias Estaduais e Municipais eram responsáveis pela execução dos serviços de saúde em seu território, e não mais o INAMPS. Ou seja, foi transferido apenas o “ônus”, a responsabilidade pelo serviço prestado. Na reedição da norma, esse “pequeno deslize” foi corrigido: a parte da frase que falava da “concessão de crédito de confiança” foi retirada do texto.

No caso das Secretarias Estaduais (e eu sentia isso na própria pele), essa situação era mais grave, já que, através do INAMPS, o nível federal passou a ter um relacionamento direto com os municípios através da assinatura de termos aditivos aos convênios SUS:

[...] os instrumentos de estímulo à municipalização do SUS acabam excluindo os governos estaduais da coordenação da política de saúde em âmbito regional e subvertendo o princípio de hierarquização do sistema. Mediante convênios entre a União e os municípios, com a estranha interveniência do INAMPS, a municipalização é feita sem a necessária ação integradora do governo estadual [...] Sem a participação dos Estados e com a poderosa interveniência do INAMPS, a “municipalização” do SUS passa a ser a federalização do SUS. (ALCÂNTARA et al., 1991, p. 7-9)

Mas, apesar de o repasse aos municípios ser direto, no orçamento do INAMPS constava a transferência global de recursos para o estado. Ou seja, é o nível estadual que tem que responder pelos convênios entre a União e os municípios realizados em seu território, sem a sua intervenção:

[...] a ligação direta que hoje se estabelece entre a União e o município através de convênios [...] sem a interveniência do Estado [...] não estaria ferindo o princípio de hierarquia estabelecido pela Constituição Federal? Por outro lado, todo dinheiro repassado diretamente ao município, sem sequer uma consulta e mesmo uma comunicação oficial ao Estado de que é parte integrante, é consignado no item despesas do Orçamento do INAMPS/MS como dinheiro repassado ao Estado e de que o mesmo deve dar conta. (SES/GO, 1991, s/p)

Tornava-se indispensável, particularmente, definir questões referentes ao poder do gestor estadual no município, não apenas em termo do cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b) para o repasse dos recursos, como também nas ações específicas regionais como campanhas de vacinação do estado ou ações de saúde coletiva regionais.

Durante uma greve de categorias de profissionais médicos (anestesiastas, por exemplo), o estado era chamado a intervir, mas não dispunha de força político-institucional para tomar medidas solidariamente com o município. Sentia-me de mãos atadas, recaindo sobre a Secretaria de Saúde o ônus político pela desassistência. Ficou claro para mim que o INAMPS, incubado no Ministério da Saúde, havia recuperado as prerrogativas que impediam o SUS de cumprir os seus desígnios.

Por essa época, quando externava a minha inconformidade, era confrontado pela afirmação de que, à época da implantação do SUDS, eu havia ajudado a preservar o INAMPS, ao que eu replicava com a observação de que um dos temores que tínhamos então era o de que a cultura institucional inampiana prevaleceria se não tivéssemos o contrapeso da

descentralização, com o fortalecimento dos estados e municípios. Tanto é que a hidra de sete cabeças parece ter ganhado forças no Ministério da Saúde, que, até pela penúria financeira crônica, não encontrava forças para domar o monstro, mesmo apesar das Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que garantiam o comando unificado por esfera de governo, submetido este ao controle social. Ficava claro que os avanços institucionais calcados no planejamento seriam insuficientes sem a âncora política da participação dos usuários e o reconhecimento do SUS como uma conquista social de monta pela população.

Sempre medi politicamente no que ou como eu poderia influir. E sempre articulei consciente de que esse era o caminho. Não prescindia do apoio dos movimentos sociais e da militância do Movimento Sanitário como espaço de legitimação e difusão dos encaminhamentos políticos. Mas tinha, ou achava ter, consciência das limitações do Movimento Sanitário, ao qual eu pertencia e que eu respeitava. O secretário de Saúde de Minas e o prefeito de Belo Horizonte estávamos escaldados com o que considerávamos um retrocesso no caminho institucional do SUS, que estava sendo colonizado pela cultura inampiana.

Estava na hora de o dr. Carlos Mosconi, que compartilhava conosco a mesma percepção, dar a sua contribuição para a remoção desse obstáculo. O custo político estava embutido na ousadia dessa ação. Encarei uma série de denúncias vazias originadas do escritório de representação do Ministério em Minas, que identificava a minha ação política para a extinção do INAMPS. Lembro-me de uma matéria dizia que eu e o Mosconi havíamos dividido eleitoralmente o Estado, ficando ele com o Sul de Minas e eu com o Norte. Foram feitas auditorias pelos Governos Estadual e Federal, sem que nenhuma irregularidade fosse constatada no uso dos recursos federais oriundos do órgão.

O INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689 (BRASIL, 1993), assinada pelo presidente Itamar Franco e pelo ministro da Saúde Jamil Haddad.

A municipalização em Minas Gerais aconteceu num ritmo acelerado. Ao buscar junto ao governador a autorização para ceder instalações, equipamentos e pessoal, ele se mostrou surpreso: não entendia por que as administrações municipais aceitavam a gestão de uma rede com muitos problemas, o maior deles os baixos salários pagos aos profissionais de saúde, a começar pelos médicos. Naquele tempo, eram frequentes as greves de servidores na área da saúde.

Durante a conversa, fez um comentário profético: “Se o senhor fizer isso, não vamos mais ter greves do pessoal da saúde, porque os prefeitos serão pressionados a equiparar os salários”. (Em geral, os municípios pagavam melhor que o estado. Mesmo o pessoal celetista contratado pela FUNED, órgão da administração indireta do sistema e pertencente ao Quadro de Atividades de Carreira de Ciência e Tecnologia, era mais bem remunerado.) E continuou: “O Célio (de Castro, prefeito de Belo Horizonte) seguramente fará a complementação salarial dos médicos. Cada município, de acordo com suas condições financeiras e vontade política, vai ter uma situação diferente. Não haverá como reunir todo mundo em torno de reivindicações salariais comuns”. Eu não tinha pensado nisso, mas a questão da remuneração e qualificação dos recursos humanos do próprio estado e dos municípios representou um entrave no desenvolvimento do processo descentralizador. Os salários do Quadro Geral de Carreira da Administração Direta do Estado, ao qual se vincula a Secretaria de Saúde, era o mais defasado.

Com a municipalização massiva, cumpriu-se outra profecia, esta feita pelo Chicão e corroborada na fala da coordenadora estadual da Municipalização da Saúde, Maria Helena Brandão: “Se não tivesse municipalização, a crise seria ainda mais grave, porque os municípios estão alocando mais recursos na área da saúde com a municipalização”. Isso era particularmente verdadeiro nos municípios de médio e grande porte. Eles vinham, inclusive, competindo por recursos humanos, em situação vantajosa, com a SES/MG.

Vale ressaltar uma observação crítica de Fernando Barros Cupertino, feita em 2019, mas que apreende bem a situação desde o início desse processo:

Vale lembrar que o Brasil convive com um regime de forte concentração tributária no nível federal, o que faz com que a descentralização de encargos e obrigações para os entes subnacionais não se faz acompanhar da correspondente destinação dos recursos resultantes das contribuições dos cidadãos. Atualmente, a União, que detém 60% da arrecadação de tributos, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS. Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao PIB, porém a mesma relação se manteve estável para municípios em apenas 2,25%, contra os volumosos 21,20% do Federal. (BARROS, 2019, p. 13)

As Diretorias Regionais de Saúde (DRS), ao perderem funções executivas, não estavam preparadas para regulação e assessoramento, defrontando-se com a escassez de recursos humanos treinados para desenvolver novas atribuições no âmbito do SUS. A velocidade da transição do modelo gerencial do sistema de saúde fez com que fosse negligenciado esse problema. Muitas se ressentiram não apenas da perda de poder institucional, mas viram diminuído o seu papel de mediação na sua relação com o setor privado, o que criava

privilégios cristalizados na burocracia. Assinala a pesquisadora Ildimar Cruz Aires, no artigo “O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG”, resultante de uma pesquisa feita no calor dos acontecimentos que relato, em 1995/1996:

É preciso atentar para um aspecto importante: a complementaridade do setor privado na prestação dos serviços de saúde assegurada constitucionalmente, nem sempre se materializa sem interferência de interesses particulares de atores com poder de influenciar decisões nos setores público e privado. (AIRES, 1996, p. 26)

Muitas vezes a relação entre as instâncias é de interdependência. Essa constatação, sem dúvida, resultou em resistência burocrática, “por atos e omissões”, ou seja, dificuldades se apresentavam entre as Diretorias Regionais e as SMS. É importante a constatação feita por Mendes (1992) ao assinalar que

A implantação do SUS se faz em constante luta entre projetos alternativos nos três componentes: político, ideológico e tecnológico [...]. Em outras palavras, a concepção do modelo SUS deverá refletir, em nível empírico, um perfil diferenciado, como reflexo dos conflitos de interesses entre os atores envolvidos na sua implantação. (MENDES, 1992, p. 3)

Quando apresentei o plano “A municipalização como estratégia da descentralização dos serviços de saúde” (SARAIVA, 1991), fui aconselhado a fazê-lo por etapas – escolher municípios segundo critérios populacionais, de diversidade econômica, de organização dos serviços de saúde e fazer deles uma espécie de laboratório, operando a extensão gradativa para regiões de saúde de tal forma que pudesse organizar o processo descentralizador. Como aconteceu no caso do Projeto Montes Claros, ponderei que eu não conseguiria fazer as escolhas sem forte oposição política dos municípios que se considerassem “relegados”, e não constituiria massa crítica de apoio. Mesmo reconhecendo que eu enfrentaria situações heterogêneas, sem conseguir estabelecer critérios para fazer a descentralização, e sem ter meios para acudir administrativamente tantos municípios ao mesmo tempo, prossegui com o processo de forma extensiva.

O caminho escolhido foi o de oferecer aos municípios, segundo exigência da Norma Operacional Básica SUS nº 1/93, regulamentada pela Portaria nº 545 (BRASIL, 1993b), editada pelo Ministério da Saúde, que aderissem, conforme enquadramento previsto na NOB (BRASIL, 1992b), à municipalização na “condição de gestão incipiente”, “parcial” ou “condição de gestão simplena”. Entre os anos de 1994/95/96, um total de 452 municípios solicitou enquadramento na “condição de gestão incipiente”, 179 na “condição de gestão parcial” e apenas 3 na “condição de gestão simplena”, o que atestava a deficiência de assessoramento da SES/MG aos órgãos

municipais, ou o receio de comprometimento de recursos orçamentários de que eles não dispunham.

Vivíamos um período de turbulência econômica, com hiperinflação, e dois ou três meses entre a assinatura de um convênio e o repasse efetivo implicavam desvalorização de até 100% do valor conveniado. Não era possível administrativamente fazer a correção dos valores. Isso gerou um excedente de recursos que, após discussão na bipartite, deveria ser repassado para apoio de caixa aos municípios mais empenhados e em melhores condições para cumprir os preceitos da municipalização, seja criando os fundos municipais de saúde ou qualificando o funcionamento dos conselhos municipais. Esse recurso passou a ser chamado de saldo de Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que os adversários da municipalização, por razões de esvaziamento do seu poder burocrático, interesses contrariados ou ideológicos (diluição do ônus político pelo funcionamento dos serviços, sem a devida contrapartida), diziam ser uma forma de “suborno” para azeitar o processo descentralizador.

A criação e o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) era uma das exigências da NOB SUS (BRASIL, 1993), integrada por seis titulares: três representantes do COSEMS/MG – um deles o seu presidente – e três da SES/MG – um deles o secretário de Estado. A CIB tinha as suas deliberações publicadas no Diário Oficial do Estado, o que ajudava a “publicizar” as decisões do colegiado. Para tentar assegurar a participação dos pequenos municípios, a SES/MG criou as Comissões Regionais Intergestores Bipartites (CRIS). Essa instância procurava, através da negociação direta, dirimir o receio, sobretudo dos municípios de porte médio, que haviam assumido as unidades de atendimento, principalmente as da rede estadual.

A realização de cursos, seminários e conferências no nível local tinham o objetivo de horizontalizar as informações sobre o novo modelo assistencial, fazendo chegar aos usuários do sistema e às conferências municipais decisões tomadas pelas instâncias gestoras. As informações, sob a forma muitas vezes de reclamações de usuários e profissionais, contribuíam na direção do controle social. Um papel de relevo foi assumido pela SES/MG, através da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, com a realização de cursos de treinamento locais, com a qualificação, entre outros, de mil conselheiros em todas as regiões do estado, qualificando-os para o relacionamento com a administração municipal.

No meu entendimento, apoiar/treinar conselhos e conferências de saúde nas várias instâncias do SUS foi um meio de tentar construir a autonomia dessas instâncias, procurando evitar que os instituídos se distanciassem dos instituintes.

Nas áreas privativas da saúde pública, de caráter eminentemente preventivo, como a de vigilância sanitária, os hiatos ficaram evidentes. Numa avaliação dos hospitais do estado, dentro de um critério de atribuição de pontos, apenas 50% tinha condição de funcionamento. Além do mais, na maioria das regiões do estado a SUCAM sufocava atribuições que poderiam ser delegadas aos municípios, sobretudo os de maior porte.

Uma avaliação de desempenho, que passou pelas AIS, pelo SUDS, indica que houve avanços na direção da descentralização do sistema, mas sem linearidade. Ele dependeu muito da condução política do governo do estado e da secretaria da saúde. Com relação aos secretários municipais, atores fundamentais do processo, muitos temeram assumir serviços de saúde que estavam sob a administração de outras instâncias, preocupados com a definição dos recursos que lhes seriam destinados, o que tolheu o seu comprometimento com a municipalização.

No que se refere ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, em termos gerais os problemas eram comuns: a mudança de atitude dos instituídos em relação a posições anteriores assumidas como instituintes, o que levava à deslegitimação da representação; a “partidarização” dos conselhos, o que, algumas vezes, levava à sua paralisia; o açambarcamento dos conselhos por administrações municipais; a interrupção de fluxos de informações; o entrechoque com a administração municipal, que temia assumir novas responsabilidades e gastos etc.

Uma observação captada pela pesquisa de Ildimar:

A pesquisa no nível local mostra ainda que a grande maioria dos entrevistados, sobretudo profissionais da Saúde, considera importante a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de implantação do sistema, na medida em que os membros desse conselho, em particular os representantes dos usuários, poderão contribuir de forma significativa para o controle social, especialmente junto ao setor privado prestador de serviços públicos de saúde, historicamente independente em suas ações. E também porque essa entidade (CMS) tem papel importante na fase de elaboração e implantação do plano municipal de Saúde, contribuindo com demandas que, embora não sejam inteiramente ignoradas pelos profissionais da Saúde, revelam especificidades a que somente têm acesso os atores beneficiários, isto é, os usuários do sistema. (AIRES, 1996, p. 22)

Esse processo periférico acabava retornando e exigindo adequações no nível central da própria Secretaria Estadual de Saúde. As instâncias, de formas interdependentes, se reforçavam, ao mesmo tempo que tinham que aprender a vivenciar e equacionar situações novas.

Para encerrar, recorro a mais uma apreciação de Fernando Cupertino:

Por tudo o que já foi anteriormente apontado, o caminho a ser adotado, hoje, deveria ser o de descentralizar a saúde em bases regionais, com governação regional e numa articulação solidária entre os municípios. Não se trata de considerar que a

municipalização tenha sido um erro. Antes, foi uma necessidade, dadas a conjuntura, as exigências sociais por mudanças e o imperativo de se implantar um sistema de saúde que apresentava uma grande novidade: a saúde como um direito de cidadania. Hoje, contudo, percebe-se que a radicalidade nessa opção de se descentralizar uniformemente, ignorando as imensas disparidades dos municípios entre si, trouxe benefícios inequívocos, mas provocou imensos problemas que ainda estão por ser solucionados. (BARROS, 2019, p. 22)

Uma discussão que ocupou muito do meu tempo foi a redução do gasto público na área da saúde em Minas Gerais durante a minha gestão. Os recursos do tesouro vinham decaindo no período de 1990-1992. Depois de muita discussão com “a área econômica do estado”, consegui uma irrisória ampliação de 3,13% para 3,4% em 1993. Essa situação contrastava com o aumento dos gastos municipais na área da saúde. Conforme o art. 195 da CF:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e das seguintes contribuições:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de consumo de prognósticos. [...]

O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

Mas a área econômica do governo manobrou sempre no sentido de atender aos reclamos do mercado; por meio de “atores governamentais (políticos, burocratas) e não-governamentais (classes, fração de classes, grupos e indivíduos), participantes da arena decisória, é que define, em última instância, a alocação de bens públicos” (AIRES, 1996, p. 24).

O pânico veio quando o ministro da Previdência e Assistência Social protagonizou o fim da seguridade social, interrompendo os repasses de recursos para a área da saúde. Vivi de perto esse pânico. O ministro da Saúde (1993-95), Henrique Santillo, depois das sucessivas escusas da tal área econômica, buscou socorro através de um empréstimo junto ao Fundo de Apoio ao Trabalhador (FAT). Eu me sentia duplamente pressionado, pela derrocada do orçamento destinado ao SUS mineiro e pelo envolvimento dos municípios, que se sentiriam logrados com o processo de municipalização que eu havia deflagrado. Nesse tempo, junto ao CONASS, fiquei entre Brasília e Belo Horizonte e me socorri do dr. Saulo Moreira, que durante um curto período de tempo ocupara o ministério entre as gestões dos ministros Jamil Haddad e Santillo.

Figura 26. Saraiva Felipe e o ministro da Saúde, Henrique Santillo, 1993



Fonte: Acervo pessoal

Lembrei-me das discussões acerca da construção do conceito de seguridade social. A Sonia Fleury, que assessorava o relator da área, Almir Gabriel, defendia a criação de um Ministério da Seguridade Social, de tal forma que os recursos não pudessem ser individualizados. Parecia uma premonição. Nós, da área da saúde, temerosos com a preponderância histórica do MPAS e, na área da saúde, do INAMPS, posicionamo-nos contra. Queríamos o fortalecimento do MS, com o INAMPS incorporado. Não pressupomos que o INAMPS, transferido para o MS, colonizaria o seu acolhedor, nem que uma canetada do ministro da Previdência e Assistência Social pudesse deixar a saúde em situação de indigência, dependente dos recursos do Orçamento Geral da União (OGU), que nunca recompôs os valores destinados à área da saúde dentro do orçamento da seguridade social.

É importante observar que o orçamento para a saúde já vinha decrescendo. Em 1990, o orçamento do MS era de 14 bilhões de dólares e, para 1994, já era inferior a 8 bilhões. Esse dado se tornava ainda mais preocupante frente à importância da esfera do governo federal no conjunto do financiamento dos gastos totais com a saúde. Responsável por cerca de 73% do volume total de gastos, uma redução dessa ordem não poderia ser absorvida pelos níveis estadual e municipal, responsáveis por 15% e 11%, respectivamente. A retração de recursos federais não poderia ser coberta, no quadro da estrutura tributária, pelos orçamentos dos estados

e municípios. Para cobrir um recurso de 10% do nível federal, o estado teria que duplicar seu investimento na área, sem ter uma fonte de recursos específica para isso. O Quadro 2, que elaborei à época, apresentava as principais fontes do orçamento da seguridade social, que financiava as ações relativas a Saúde, Previdência, Assistência Social e Trabalho.

Quadro 2. Quadro de orçamento do Estado para a Saúde

FONTE	PERCENTUAL
Contribuição sobre folha	47%
CONFINS (antigo FINSOCIAL)	20%
Contribuição para programas PIS/PASEP	10%
Contribuição sobre lucro	5%
Recursos ordinários do Tesouro Nacional	7%
Outras fontes	10%

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde: março de 1991 a março de 1994, s/d

Pelo quadro, podia-se perceber que a maior parte do financiamento da área social vinha de recursos de contribuição de empregados e empregadores. Outra informação importante era a de que, das fontes Tesouro Nacional e COFINS, a quase totalidade dos recursos vinha sendo usada para pagamento de pessoal da União. Outra fonte importante, o PIS/PASEP, tinha 60% de seus recursos destinados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador e 40% ao BNDES, para financiar programas de geração de empregos. Do montante de recursos globais por orçamento da seguridade social, 30% eram destinados à saúde, como garantia mínima de atendimento às necessidades do setor. Isso representava um gasto por habitante de 80 dólares por ano. No entanto, esse índice não vinha sendo respeitado, o que reduzia os gastos a menos de 50 dólares por habitante/ano.

Com relação aos gastos estaduais para o orçamento fiscal – exercício 1994 – de programas de saúde, a previsão de gasto era de 444.396 milhões de dólares. Mas a maior parte do recurso seria gasto com pagamento de aposentadorias dos servidores da saúde, serviço de assistência médica dos policiais militares (incluindo-se os aposentados do Hospital Militar), gastos com o Instituto de Aposentadoria dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), de tal forma que o percentual de 8,18% era uma ficção, se considerássemos os gastos com ações diretas de atendimento à população de Minas Gerais, através do SUS.

Cheguei, diante da ameaça de cortes de custeio, a paralisar a frota de veículos (ambulâncias, inclusive), o que gerou uma crise que quase levou à minha demissão da secretaria, mas chamou a atenção da sociedade para as agruras financeiras vivenciadas pela saúde estadual.

Aí nasceu a minha inarredável convicção acerca da necessidade da regulamentação da Emenda 29 (BRASIL, 2000), que definiria os percentuais mínimos de gastos com saúde por esfera de governo, bem como o elenco do que poderia ser computado como gasto específico, apto a ser considerado como contrapartida de cada ente federado. (Como Deputado Federal, fiz dessa necessidade uma bandeira de luta e fui relator, em 2011, da matéria na Câmara, apesar da oposição da “área econômica do governo” e dos governadores de todos os partidos, que alegavam não ter recursos para o cumprimento da lei.) A situação foi facilitada pelo fato de eu presidir a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Câmara dos Deputados, entre 2 de março de 2011 e 7 de março de 2012.

Já a ideia da construção de um pacto, que chamei de “Pacto de Cooperação”, entre o estado e os municípios, superando a miríade de normas que regulavam o relacionamento, administrativa e financeiramente, nasceu por essa época. Se não logrei êxito, consegui organizar a cooperação entre municípios, buscando agilizar a organização de serviços de saúde locais e regionais. O primeiro consórcio para a gestão conjunta de serviços foi celebrado, em 1993, visando à gestão conjunta do Hospital Universitário Professor Basílio no município de Moema; congregava o trabalho de quatorze municípios do Alto São Francisco e tinha como sede a cidade de Moema. Os municípios necessitavam responder a demandas pelos serviços de urgência. Sozinhos, nenhum deles poderia arcar com essa responsabilidade. Mas, depois de discutirem diversas possibilidades, decidiram criar um estatuto, oficializando o consórcio. A partir daí, os municípios integrantes também começaram a se especializar em serviços que já possuíam, para que cada um pudesse oferecê-los para suprir a demanda das populações dos municípios vizinhos.

Outras iniciativas de consórcios envolveram serviços diferentes, como a compra e administração de equipamentos e até a capacitação de recursos humanos, numa prova de que a parceria era uma possibilidade real de organização dos serviços de saúde, além de levar economicidade de recursos e garantir a qualidade do atendimento. Ao final de minha gestão, nove outros municípios estavam se mobilizando para a formação de novos consórcios em diferentes regiões do Estado.

Figura 27. Saraiva Felipe, de braços cruzados à direita, em solenidade na UFMG, acompanhado do reitor Cid Veloso (terno escuro), à esquerda, dos professores Antônio Cândido e Benedictus Philadelpho e da enfermeira Isabel Santos, 2001



Fonte: Acervo pessoal

Essas iniciativas procuravam compensar o fato de que eu promovera uma municipalização autárquica, levando pouco em conta a cooperação entre municípios ou grupos de municípios. Por se tratar de uma iniciativa nova no estado, a própria Secretaria Estadual de Saúde buscou equipar-se para prestar a assessoria necessária aos municípios interessados em formar consórcios. Assim, foi montada uma equipe de especialistas na área jurídica, que passou a estudar a legislação pertinente e prestar serviços de orientação aos municípios (e aos consórcios).

Essas iniciativas estaduais justificariam a minha ansiedade em cobrar da equipe, quando ocupei o Ministério da Saúde (2005-2006), a construção de um instrumento que superasse a “administração convenial” por um relacionamento que inter-relacionasse maior autonomia de estados e municípios com maior responsabilidade e solidariedade entre os gestores nas várias instâncias. Daí nasceu a ideia do “Pacto pela Saúde”.

*Não precisa ir muito além dessa estrada
Os ratos não sabem morrer na calçada
É hora de você achar o trem
E não sentir pavor
Dos ratos soltos na casa
Sua casa
Lô Borges e Márcio Borges, 1972*

Desde o meu libelo estudantil, “A loucura da psiquiatria” (SARAIVA, 1975), num tempo em que cogitei ser psiquiatra, a questão da saúde mental ou, melhor dizendo, da exploração da doença mental por razões econômicas e higienistas, esse problema me incomodava. *A Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil* (MACHADO et al., 1978), além das leituras afins de Foucault e Franco Basaglia, era um livro que eu mantinha à cabeceira para que essa preocupação se mantivesse viva.

Como gestor público, no início da minha vida profissional, acolhi o Projeto Integrado de Saúde Mental (PISAM), na cidade de Montes Claros. Era uma proposta ousada, que viveu curtíssimos dezoito meses, entre 1977 e 1979, quando o MPAS deixou de financiá-la.

Hah! Mas na Secretaria de Saúde de Minas eu não deixaria passar a oportunidade de enfrentar essa situação, através do processo que chamei de “Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Estado de Minas Gerais”, desenvolvido entre 1991 e 1995. Logo que assumi, pedi a elaboração de um diagnóstico que revelou a enorme distorção na rede de assistência hospitalocêntrica manicomial e asilar. A rede ambulatorial pública contava apenas com 119 serviços, distribuídos nas áreas de abrangência das 21 Diretorias Regionais de Saúde, cobrindo 94 municípios. Já a rede hospitalar psiquiátrica pública e conveniada contava com 36 hospitais, 30 deles privados bancados pelo SUS, 5 próprios e um Manicômio Judicial, em Juiz de Fora. Do total de 8.087 leitos existentes, 1.226 eram públicos do Estado, enquanto 6.861 pertenciam à rede privada. Outra distorção era a concentração desses recursos em três regiões do estado: sete hospitais em Juiz de Fora, seis em Barbacena e oito em Belo Horizonte. Essas regiões representavam 30,23% da população do estado e, pasmem, concentravam 78,18% dos leitos. Durante anos, essas regiões contíguas ficaram conhecidas como “o corredor da loucura” de Minas (Quadro 3).

Quadro 3. Distribuição da Rede Hospitalar – SUS/MG

Regiões	Nº Hospitais	Nº Leitos	População	Hab/Leito
Belo Horizonte	08	2.580	3.871.910	1.500
Barbacena	06	1.687	504.830	299
Juiz de Fora	07	1.727	712.340	412
Demais Regiões	15	2.093	11.742.867	5.610

Fonte: Relatório/documentos da SES/MG, Área de Saúde Mental – STS, Coordenação Estadual, MG (1991)

Estávamos no início da derradeira década do século XX, muito adiante da promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e dos artigos constitucionais que

configuravam o SUS. Mas os doentes mentais, para alívio dos seus sofrimentos, sob o pretexto de “tratamento”, tinham os seus direitos pessoais mais básicos espezinhados barbaramente. Atrás dos muros que cercavam os hospitais psiquiátricos estavam os excluídos da sociedade.

Já os recursos extra-hospitalares eram praticamente inexistentes, ao mesmo tempo que o SUS pagava por serviços hospitalares sem supervisão ou auditoria. As críticas e denúncias desse modelo ecoavam pelo mundo há duas décadas, e era inacreditável que no Brasil esse modelo de atendimento asilar e repressor ainda preponderasse. O antigo Hospital Colônia de Barbacena, rebatizado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), pertencente à FHEMIG, era o maior hospital psiquiátrico público de Minas Gerais, criado em 1903, que chegou, no seu auge de ocupação em 1930, a ter cerca de 5 mil internos em um espaço apropriado para abrigar 200 pessoas. Era um depósito de desvalidos, de indesejados sociais. Foi o maior fornecedor de cadáveres para as salas de anatomia das faculdades de medicina de Belo Horizonte (Ciências Médicas e Federal) e de Juiz de Fora (Federal). Era o caso de se lucrar com a morte.

Figura 28. Tela da entrada do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1992



Legenda: Pintura fiel da entrada do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). Quadro comprado de um interno de Barbacena, em 1992. Está assinado L. Soares, 1987. A pintura, os traços, as cores lembram Van Gogh. O céu, digo no texto, parece prestes a desabar sobre nossas cabeças. É a tradução da sua opressão, angústia. Fonte: Acervo pessoal

O CHPB inspirou documentários, livros e filmes, como *Nos porões da loucura*, de 1982, produzido e dirigido pelo jornalista Hiram Firmino, *Em nome da razão*, de 1979, dirigido por Helvécio Ratton, e *Holocausto brasileiro*, de Daniela Arbex, publicado em 2013, que teve mais de 300 mil exemplares vendidos e recebeu o Prêmio Jabuti (2014) e o da Associação Paulista de Críticos de Arte (APCA) (2013). Esse hospital foi visitado por estudiosos e críticos

do modelo hospitalocêntrico asilar, como o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que lá esteve em 1979. Apesar de todo esse barulho, era assustador que a instituição não tivesse sido fechada ou transformada.

Atualmente, o CHPB remonta sua triste história com o Museu da Loucura, um trabalho conduzido pela FHEMIG, na gestão do psiquiatra dr. Jairo Furtado de Toledo, com exposição de fotos e registros em livros dos horrores centenários ali perpetrados. Orgulho-me de ter participado das transformações ocorridas ali. O projeto terapêutico das “casinhas”, foi implantado para a ressocialização dos pacientes, com a valorização do atendimento ambulatorial, e fez do resgate da memória instrumento de denúncia e de construção da cidadania.

Vale lembrar que a loucura é uma construção social; tanto é que, na Idade Média, por exemplo, os loucos eram considerados como uma “manifestação de Deus” (loucos mansos) ou “possessão do demônio” (os mais agressivos). Com a evolução dos costumes e do capitalismo, a segregação dos improdutivos ganhou força, e já não se permitia a deambulação dos loucos pelas ruas. Passou-se a escondê-los. A ordem dominante estava ligada à produção de mercadorias. Podemos localizar aí a expansão das Casas de Misericórdia, que abrigavam (internavam) a população de rua, os desvalidos e os loucos. O que não se imaginava é que, em algum lugar e tempo da história, parte dos “improdutivos” passaria a dar lucros com a indústria hospitalar da loucura.

O financiamento das internações psiquiátricas pelo INAMPS, via AIH, funcionou como um cheque em branco para a rede especializada em loucura. Ela, com seus prazos longos de validade e pacientes sem reavaliação clínica/médica, facilitou o isolamento, a permanência e a cronificação dos pacientes⁹⁷, que passaram a ser encarcerados por anos a fio.⁹⁸

Podemos até dizer que, sob o manto nada diáfano do tratamento e do cuidado, a sociedade em geral não viu (não quis ver) as atrocidades e os lamentos protegidos por altos muros e grades e, silenciosamente, autorizou ativamente ou por omissão o sistema de exclusão social grave dos doentes mentais (há relatos em que a família condenou a esse encarceramento mulheres que engravidavam fora dos relacionamentos convencionais, excluídos das partilhas dos bens familiares inventariados, mendigos e até deficientes físicos).

⁹⁷ Sistema de Informação Hospitalar: AIH1 Psiquiátrica considerada inicial e válida por 45 dias, podendo ser renovada; AIH5 para pacientes de longa internação, sendo a primeira válida por até 2 anos e sucessivamente renovável por mais e mais anos. Esse financiamento facilitou/gerou um enorme contingente de pacientes que ocupavam os leitos anos e anos.

⁹⁸ AIH1 pacientes agudos e AIH5 de longa permanência.

Fizemos uma reunião com os profissionais da Coordenação Estadual de Saúde Mental que nos traziam informações sobre a rede hospitalar psiquiátrica de Minas Gerais. A minha pergunta foi direta: como estão sendo assistidos os doentes mentais nos hospitais do estado? Poucos dados, obtidos por telefone, mostravam uma situação absurda, assustadora, até pelas informações rarefeitas. A área de saúde mental não tinha informações elementares: o número de profissionais de saúde que estavam cuidando dos internos, o elo com a clínica geral, “porque doido adoece de várias doenças, mas não morre de doideira”. Menos ainda sabia sobre infraestrutura, condições de hotelaria, alimentação, tempo de internação, nem se os internos tinham ou não vínculos familiares (que, fugindo de suas responsabilidades, caracterizavam a situação de abandono). Dados grosseiros eram ignorados, como o número de pacientes por nosocômio, sua origem, e se tinham condição de retornar ao convívio social. Ainda nessa reunião, o pessoal da área de saúde mental da SES expôs propostas técnicas já apresentadas, mas que tinham sido engavetadas por mais de três anos, devido à total ausência de apoio político para a sua execução.

Não deixei que a minha indignação fosse paralisante. Definimos como prioridades o diagnóstico da rede e o estudo sobre a clientela internada. Para isso, teríamos que fazer uma vistoria técnica na rede hospitalar pública e conveniada, que subsidiasse ações concretas. Iniciava-se o processo de Reorientação e Reestruturação da Atenção à Saúde Mental do SUS-MG. Em 29 de maio de 1991, o Diário Oficial do Estado (DOE/MG) publica a resolução SES/MG nº 42, criando a Comissão Especial de Saúde Mental.⁹⁹ Essa comissão teve a missão de promover uma auditoria na rede hospitalar pública e conveniada prestadora de serviços ao SUS, avaliando as condições de infraestrutura, o corpo clínico e a clientela internada há mais de 45 dias nos 36 hospitais. Esse trabalho envolveu cerca de 80 profissionais comprometidos com a proposta de reestruturação do atendimento psiquiátrico. Foram nomeados revisores especiais para o trabalho: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, arquitetos, engenheiros, terapeutas ocupacionais, médicos generalistas, enfermeiros, bioquímicos, fisioterapeutas, nutricionistas, além dos funcionários da vigilância sanitária, controle e avaliação, auditoria contábil, pessoal de apoio das SES e da FHEMIG. A coleta de dados ocorreu nos finais de semana, entre os meses de junho e setembro de 1991.

⁹⁹ Comissão Especial de Saúde Mental composta por Gisele Onete Marani Bahia – STS – Coordenadora da comissão; Abílio José Ribeiro de Castro – Coordenador de área técnica de saúde mental; Cláudio Sérgio Romano – Diretor de controle e avaliação da SOS; Gianini Farias Medeiros – Arquiteta da SPS, Cezar Rodrigues Campos – Psiquiatra da FHEMIG; Marcos Antônio Gaspareto – Psiquiatra da DRS JF; e Hélio Lauar – DRS BH. Para coordenar a comissão, indiquei a psicóloga Gisele Bahia. A reação de ciúme e/ou zelo corporativo dos médicos foi de alguma resistência. Mas, para fugir desses componentes e pela garra e impetuosidade da escolhida, não abri mão da coordenação.

Essa foi uma das mais difíceis tarefas a que me dediquei. Tive que gerir crises e dificuldades de toda ordem, seja para compatibilizar normas do estado com as de âmbito nacional, seja nos tensos momentos de reuniões e debates para construção de consensos entre os membros da comissão e da rede prestadora de serviços públicos e privados. Fizemos várias reuniões com a participação de representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM/MG), dirigentes da Associação Hospitalar do Estado (AMP), Associação Mineira de Psiquiatria, conselhos de categorias profissionais, proprietários e diretores dos hospitais, representantes da Superintendência Operacional e Superintendência Técnica da SES.

A escolha de uma profissional não médica para a coordenação da comissão especial mostrou-se acertada. A psicóloga Gisele Bahia conseguiu conversar com todos os conselhos de profissionais que atuam no setor saúde e diretores da rede hospitalar. Todo o trabalho de negociação foi registrado em atas que foram encaminhadas para os diretores dos hospitais e DRSs, devidamente protocoladas. A ordem era manter a maior transparência possível e procurar construir consensos. Insistimos no convite para a participação da direção dos hospitais ou de seus representantes no acompanhamento das vistorias, de forma a dirimir dúvidas ou permitir que eventuais explicações fossem colhidas nas visitas.

A mim, como gestor, coube “segurar o boi pelo chifre”: garantir apoio político para a realização da missão, providenciar e liberar recursos físicos e financeiros para execução do trabalho e participar ativamente do acompanhamento dos resultados, certo de que eles subsidiariam as ações necessárias à reestruturação do modelo. Os adversários seguiram os caminhos de praxe. Foram ao governador, a deputados federais e estaduais, a prefeitos, açularam a imprensa, o que me levou a ir a reuniões na Comissão de Saúde da Assembleia, a conceder inúmeras audiências a lideranças políticas, líderes sindicais, conselhos e até associações de trabalhadores em serviços hospitalares, ameaçados de demissão pelos patrões. Eu pacientemente apresentava os números escandalosos, sobretudo os do “corredor da loucura”. Em uma audiência, mostrei-os ao governador Hélio Garcia, a quem reverencio por me sustentar no cargo, apesar das pressões. Ele fez dois comentários. No primeiro, disse-me: “*Vai gostar de doido assim lá em Barbacena!*”. Depois comentou que estava admirado pela minha paixão pelo que fazia. Isso me fez entender o porquê, apesar do diagnóstico da situação, de não haver interesse (ou possibilidade política) em incrementar medidas para dar conta de uma situação anômala em relação a direitos humanos e consunção dos escassos recursos do SUS.

Gostaria de registrar os apoios que tive de todos os membros da comissão, dos diretórios estudantis das Faculdades de Medicina e Psicologia da UFMG, do dr. Lênio Lara, psiquiatra de Barbacena, dos doutores Antônio Jorge de Souza Marques e José Laerte Barbosa,

de Juiz de Fora, do Chicão (diretor da FHEMIG) e do Francisco Paes Barreto, que com seu prestígio avalizava a intervenção.

Adotei a solução de sempre: espalhei o trabalho por todo o estado diluindo as críticas. Mas foi em Belo Horizonte que vivenciamos a situação mais grave. Apesar de ter sido publicada a resolução SES nomeando os profissionais como revisores especiais e da presença dos profissionais da vigilância sanitária nas equipes, uma comissão foi impedida, no dia 10 de julho de 1991, de realizar auditoria em um dos hospitais privados conveniados ao SUS. Atendemos a um agendamento de emergência com representantes do CRM/MG; eles se fizeram acompanhar dos diretores do hospital em questão e de outros dirigentes hospitalares de Belo Horizonte. Ouvimos atentamente o argumento de que profissionais não médicos não poderiam, eticamente, ter acesso aos prontuários dos pacientes. Recolhi os argumentos e convoquei ao gabinete a comissão especial que conduzia o trabalho. Foram-nos apresentados os registros dos contatos estabelecidos e acertados com os diretores dos hospitais durante o processo, atas de reuniões realizadas entre a coordenação e diretores da rede hospitalar, todas as correspondências devidamente assinadas para assegurar o recebimento pelos hospitais, as portarias de nomeação dos profissionais como revisores especiais da Superintendência Operacional de Saúde, ocupada pelo dr. Rafael Donato, do quadro funcional do INAMPS, e que conhecia os meandros dos contratos feitos com a rede hospitalar privada.

A conclusão foi a de que poderíamos ter acesso à área física, aos prontuários e a todos os protocolos em que se baseava o alvará de funcionamento expedido pela vigilância sanitária. Um depoimento pessoal da dra. Gisele Bahia destacou o meu posicionamento: “Senhores e Senhoras, considerando os pontos aqui discutidos, a argumentação do Conselho de Ética do CRM/MG, e diante dos esclarecimentos e dos documentos prestados pela Comissão Especial e seus integrantes, devo acrescentar que enquanto houver um tostão do SUS direcionado ao pagamento de procedimentos de saúde realizados aos nossos cidadãos, é nosso dever acompanhar, reconhecer, zelar pela qualidade e fazer valer as normas e leis do SUS. Nessa gestão os profissionais nomeados para essa tarefa, em acordo com os demais Conselhos de profissionais da área da saúde, têm total apoio para exercer o seu trabalho. Portanto preciso que seja retomada imediatamente a vistoria da rede hospitalar do Estado e espero contar com o apoio do CRM/MG e demais prestadores de serviços”.¹⁰⁰ Dei por confirmado o acordo SES/CRM/diretores de hospitais, e no dia seguinte, 11 de julho, as atividades foram retomadas.

¹⁰⁰ Depoimento registrado em ofício pessoal. Arquivo do autor.

Nesse dia, eu (que tinha CRM/MG ativo) acompanhei a inspeção suspensa, junto a um capitão da Polícia Militar, que era meu ajudante de ordens, o Rafael Donato, a Gisele Bahia e outros companheiros e companheiras de trabalho.

Terminada a fase da coleta e da análise de dados, foi produzido o relatório da auditoria especial que, além das informações relacionadas à situação da rede e da clientela internada, incluiu na parte III propostas técnicas para implantação de medidas gerais e específicas, visando a correções e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados, bem como às bases para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental, organizado a partir de serviços ambulatoriais hospitalares e inseridos na comunidade, além de apoio decisivo ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.¹⁰¹

Como eu esperava, os dados apresentados no Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental¹⁰² mostraram um grande contingente de pacientes de longa permanência e a “cronificação dos pacientes na rede”. Dados referentes à clientela das regiões de Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte corresponderam a um total de 90,56% do universo da pesquisa. A maioria era do sexo masculino (56,77%). A idade média era de 42 anos, o que significava que a maioria da população internada se encontrava na faixa mais produtiva da vida (18 a 50 anos). Quanto ao “risco de suicídio”, 9,01% da clientela apresentou história de tentativa de suicídio. E, com relação ao “risco de heteroagressividade para si ou terceiros”, a pesquisa de prontuários (513 pacientes) mostrou que 40,76% apresentavam agressividade antes da internação, e apenas 22,11% permaneciam agressivos durante a internação. Esses dados demonstravam a falácia de um dos principais motivos para a internação. A maioria dos pacientes não apresentava riscos para si ou terceiros, não se justificando o encarceramento.

Quanto à “prescrição de medicamentos”, há registro da seguinte análise: “Em média, a prescrição de medicamentos manteve-se a mesma há 8 meses”, indicando-se uma estabilização do quadro clínico e a possibilidade de acompanhamento ambulatorial. Quanto à resistência ao uso de medicação, registrou-se que era inexistente em 63,63% da clientela estudada.

É interessante observar que, para fins de planejamento, gestão e definição de ações práticas, um quesito importante era a análise da possibilidade e momento adequado para a alta hospitalar.

¹⁰¹ Medidas e normas a serem implantadas visando à correção das distorções descritas, à reorganização de serviços extra-hospitalares, a propostas de intervenção na cultura e formação de recursos humanos etc.

¹⁰² Relatório de Auditoria Especial de Saúde Mental, realizado pela Comissão Especial em Saúde Mental/SUS/MG. Documento datilografado e enviado à gestão estadual do SUS.

Na análise sobre o momento de alta, no item 2.2.5.7 do relatório de auditoria, consta:

- Alta imediata: 23,29%
- Alta programada: 59,21%
- Manter internação: 11,51%
- Não codificado: 5,99%

Considerou-se apto para a alta imediata o paciente que apresentava condições clínicas para ser desospitalizado. As altas programadas incluíam pacientes que exigiam acompanhamentos especializados extra-hospitalares de diferentes graus de complexidade, após deixarem o hospital. Já para a recomendação manter internação, levava-se em conta a gravidade clínica e/ou social do caso no momento da avaliação. Resumidamente, observou-se que a alta era possível para 82,5% da clientela, desde que se assegurasse a continuidade do tratamento ambulatorial. Para tanto, os pacientes deveriam contar com uma rede que os acolhesse: ambulatório (13,38%), Programas Especiais (30,7%), Centros de Atenção Psicossociais (13,74%), Hospitais Dia (12,12%) e pensões protegidas (30,69%), como se procurou fazer mais tarde com o Programa “De Volta para Casa”, instituído pelo presidente Lula (BRASIL, 2003), que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

O que ficava claro é que teríamos que implantar com urgência serviços ambulatoriais de complexidade diferenciada para acolher essa clientela no momento da desospitalização, prevenindo a desassistência. Ainda hoje, a rede ambulatorial de saúde mental apresenta um grande deficit¹⁰³, o que prejudica as altas hospitalares.

Sobre as condições dos prédios, instalações e infraestrutura, além da precariedade generalizada, observaram-se outros mecanismos de cerceamento e isolamento espalhados pelas estruturas hospitalares. Pacientes perambulavam nus pelos corredores e pátios. Os “leitos-chão” inventados em Barbacena (CHPB), por conta da superlotação, haviam se espalhado pela maioria dos hospitais psiquiátricos. Portas de ferro, trancas, grades nas janelas e nos postos de enfermagem, camas de alvenaria, iluminação e ventilação inadequadas, condições de higiene e de nutrição precárias eram comuns na maioria dos hospitais. A análise pontuava claramente que nenhum hospital psiquiátrico vistoriado atendia às normas técnicas do MS, especialmente a da Portaria do MS de nº 400 (BRASIL, 1977). E ainda assinalava: “*Diante da situação encontrada,*

¹⁰³ Equipes básicas de SM compostas por psiquiatra, psicólogo e assistente social localizadas nos centros de saúde concentrados em algumas regiões, sendo Belo Horizonte com 74, Uberlândia com 27, Uberaba com 8, Juiz de Fora com 10.

cerca de 3 mil leitos deveriam ser reduzidos imediatamente”. (A reprodução desse horror, ainda hoje, nas unidades prisionais e carcerárias do país seria mera coincidência?)

Quanto ao quesito recursos humanos, observou-se a ausência de “equipe multidisciplinar”. Os plantões médicos ocorriam a distância ou sem plantonista. O número de psiquiatras chegava a ser de 1 para 160 pacientes. Também era escasso o pessoal auxiliar e de apoio, e era comum a ausência de enfermeiros. Esses e os demais dados relacionados às condições de lavanderia, cozinha, equipamentos de conservação, Departamento de Medicina Legal (DML) etc. constam também no Relatório Final da Auditoria Especial de Saúde, entregue pela comissão a mim, como gestor do SUS/MG, em setembro de 1992.¹⁰⁴

Hora das providências. No âmbito nacional, o MS já havia avançado com a publicação da Portaria nº 19, de 8 de janeiro de 1991, que reduziu e definiu as quantidades de cotas de AIHs mensais distribuídas para cada unidade federativa. Na psiquiatria, a redução de AIHs exigia redistribuição e maior controle dos gestores estaduais. Tendo sido Minas o primeiro estado a diagnosticar o sistema hospitalar psiquiátrico e a inventariar a sua clientela, gerou repercussão nacional e subsidiou a elaboração de outras normas, exigências e portarias ministeriais para o setor. No final de 1991 e nos anos subsequentes, foram publicadas pelo MS diversas portarias¹⁰⁵ definindo normas e critérios de financiamento para os serviços ambulatoriais e hospitalares de “Saúde Mental”.

Em Minas Gerais, conhecendo bem sua rede, a SES também publica normas e resoluções complementares às portarias nacionais, com vistas a alcançar a necessária reorientação do modelo de atenção em saúde mental. Em 29 de dezembro de 1992, como secretário estadual de Saúde e gestor do SUS, com base no diagnóstico e nas recomendações da comissão, decidi regulamentar e complementar, no âmbito estadual, a legislação federal. Publicamos a Resolução SES/MG nº 435, estabelecendo e aumentando o nível de exigências à rede hospitalar. Na elaboração dessa resolução consideramos e incluímos parâmetros de construção e de infraestrutura estabelecidos pela Portaria Ministerial GM nº 400, de 6 de dezembro de 1977 (BRASIL, 1977), ainda em pleno vigor para o setor público. Tratava-se de

¹⁰⁴ Cópias do Relatório de Auditoria Especial foram divulgadas na imprensa e encaminhadas à Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS, Coordenação Estadual do Brasil, Biblioteca da SES, Diretorias Regionais de Saúde, ESP/MG e de outros estados. Ocorreram apresentações e debates na Conferências Estadual e Nacional em Saúde Mental e Seminários de todo o país a partir de 1992, com os resultados amplamente divulgados em mídias jornalísticas e encaminhados ao MS.

¹⁰⁵ Portaria com maior destaque no período de 1991 a 1995: PT/SAS nº 189 de 11/12/91; PT nº 224 de 29/01/92; PT nº 242 de 21/02/92; PT nº 407 de 05/03/93, PT nº 408 de 03/02/93; PT nº 22 de 1994; PT nº 145 de 1994; PT nº 147 de 29/08/95.

uma legislação com exigências gerais e maiores em relação à Portaria GM/224¹⁰⁶. Os alvarás de funcionamento só seriam concedidos após vistorias que deveriam respeitar as exigências da Portaria 400 (BRASIL, 1977).

A Associação dos Hospitais de Minas Gerais reagiu com vigor, alegando que seus associados não teriam condições de cumprir a Resolução SES nº 435, que reforçava as exigências das portarias nacionais e estabelecia condições especiais para o estado. Era a mesma “lengalenga” de sempre: os valores estabelecidos eram insuficientes para a execução das reformas e adequações na maioria dos hospitais, cuja construção era anterior à citada portaria de 1977. Depois de muitas discussões com representantes da FHEMIG e da rede hospitalar contratada, editei uma nova resolução, a de nº 793, em substituição à de nº 435, trazendo três artigos importantes para o processo de desospitalização. O primeiro determinava a não autorização de novos hospitais especializados em psiquiatria com mais de 50 leitos; o segundo, a não aplicação, no estado de Minas Gerais, de recursos do SUS em novas construções ou novas contratações de serviços em hospitais especializados em psiquiatria; o último estabelecia parâmetros técnicos de infraestrutura e de recursos humanos para o funcionamento de serviços especializados em psiquiatria, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, oficinas terapêuticas e ambulatórios de saúde mental detalhados num anexo da resolução. O parágrafo primeiro desse artigo determinava que as unidades já em funcionamento que apresentassem irregularidades decorrentes de limitações estruturais da edificação deveriam discutir o problema com a Diretoria de Infraestrutura Física da SES/MG.

As portarias ministeriais PT SAS nº 224¹⁰⁷, nº 407 e nº 408 diferenciaram o pagamento de AIHs de acordo com o cumprimento das exigências, incumbindo os gestores de vistoriar e atestar se os solicitantes atendiam e se poderiam ser reclassificados em psiquiatria III e psiquiatria IV.¹⁰⁸ Minas Gerais decidiu que nenhum hospital seria reclassificado sem relatório de vistoria técnica, o que exigiu nova rodada de reuniões com a rede hospitalar para esclarecimento de dúvidas e tomadas de decisões relacionadas às vistorias. Foi decidido também que, a partir da solicitação de reclassificação, a SES providenciaria a visita e o hospital deveria estar disponível sem agendamento prévio. O procedimento seria acompanhado por representante do hospital juntamente ao da vigilância sanitária. Os resultados seriam discutidos

¹⁰⁶ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 9 out. 2021.

¹⁰⁷ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 9 out. 2021.

¹⁰⁸ Todos os Hospitais Psiquiátricos até então recebiam diárias de igual valor e foram considerados como Psiquiatria I a partir do cumprimento de exigências específicas publicadas em portarias, podendo ser reclassificados em categoria III com direito a valor superior das AIHs psiquiátricas.

com a instituição. Assim foi possível vistoriar todos os hospitais de Minas Gerais que fizeram a solicitação. A maioria deles, como era de se esperar, permaneceram na categoria de psiquiatria categoria I até sua extinção ou desligamento do SUS. O reenquadramento para a categoria III passou a vigorar a partir de janeiro de 1993, e o pagamento como psiquiatria categoria IV, a partir de 1 junho de 1993.¹⁰⁹

Uma segunda etapa, com a equipe das SES¹¹⁰ organizada e treinada, promoveu novas vistorias, a partir do mês de janeiro de 1993, nos hospitais já reclassificados em psiquiatria III; o resultado é que foram reduzidos 615 leitos. A rede entendeu o recado. Só solicitava a presença da SES depois de se preparar. As adequações acabaram por exigir uma grande redução de leitos, o que nos preocupou com o risco da desassistência, mesmo para quadros agudos. O desafio era reforçar o atendimento ambulatorial: passei a alocar recursos financeiros do tesouro estadual aos tetos financeiros municipais para a implantação de serviços extra-hospitalares e substitutivos à internação. Isso foi facilitado pelo processo de municipalização em curso no estado. Outra estratégia foi a qualificação de recursos humanos dos serviços municipais ou municipalizados através de uma parceria entre a SES, a Coordenação Estadual de Saúde Mental e a Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG). A FHEMIG, por sua vez, não apenas intervia para cumprimento das novas normas, até para dar o exemplo, como transformava hospitais colônias para hansenianos em hospitais gerais, respeitando a permanência dos pacientes sem condição de ressocialização, por perda de contato ou abandono familiar.

Em meados do segundo semestre de 1993, começaram a chegar solicitações para reclassificação de psiquiatria IV¹¹¹, que foram muito rigorosas; dos 15 hospitais solicitantes, somente 4 deles foram reclassificados após a primeira vistoria. A maioria foi vistoriada até três vezes antes de obter a promoção. Esse foi mais um período de trabalho intenso e de muita tensão.

Já no primeiro semestre de 1994, dez hospitais psiquiátricos (32% da rede) conseguiram ser reenquadrados. Nesse mesmo semestre, foram implantados os serviços ambulatoriais mais complexos – Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS)/Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)/oficinas terapêuticas – em 11 municípios de Minas Gerais.

¹⁰⁹ Cronograma para fins de pagamento na PT/SAS nº 408 de 1992.

¹¹⁰ Equipes SES Vistoria: Farmacêuticos: Teodoro M. Filho, Osmar de Almeida Prado; Enfermeiras: Maria Helena C. P., Maria Sueli G. B, Lícia M. Esteves, Cláudia Rita dos Santos, Angela Maria Avelar. Equipe SOS: Médico Auditor: Marcos André Bernardes de Menezes; Ag. Administrativo: Oraida Lúcia de Freitas; Enfermeiras: Maria Aparecida Lopes, Francisca Perpetuo Fialho, Gilda Fonseca Vasconcelos. Equipe SE: Psicóloga: Gisele Onete Marani Bahia; Psiquiatra: Alan de Freitas Passos; Assistente Social: Sandra Consuelo Mendonça.

¹¹¹ Psiquiatria IV classificado: 4 em Juiz de Fora (Clínica São Domingos), Hospital São Marcos, Clínica de Saúde Esperança e Hosp. Pinho Masisi, Sanatório Gedor Silveira (São Sebastião do Paraíso), Hosp. Otto Krakauer (Passos), Casa de Saúde Xavier (Barbacena), Hosp. Galba Veloso (Belo Horizonte).

O resultado de todo esse trabalho é que foram diminuídos 2.127 leitos (inadequados para assistência) na rede hospitalar. Segundo o artigo do Paulo Amarante, que aborda nacionalmente as ações no período:

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa dos 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial. Sabemos que o mundo do confinamento não serviu apenas à ordem política e econômica, que necessitava esquadrihar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social. Serviu também, e nisso o Brasil foi praticamente inigualável, a uma promissora “indústria da loucura” (AMARANTE, 1995, p.493).

Naquele momento, não percebemos a deficiência dos serviços ambulatoriais. Não nos foi possível “dar alta” a mais internos, desnecessariamente asilados, pela fragilidade da rede de atenção, sobretudo para os casos classificados como passíveis de alta programada, apesar de incrementarmos cerca de 100 serviços extra- hospitalares¹¹².

Publicamos o primeiro catálogo com os serviços ambulatoriais existentes, especificando endereço e tipologia – ambulatórios, NAPS, CAPS, Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMS), oficinas terapêuticas, hospitais dia, ambulatórios básicos. Na capa e contracapa do catálogo, em 1994, estampamos o cartaz que anunciava a 2^a *Conferência Estadual de Saúde Mental*, realizada em 1992, e que coroou a realização de centenas de conferências municipais, no qual uma janela com fortes barras de ferro suscitava a seguinte pergunta: “**De que lado está a solução?**”. Na contracapa, desenhos da rede atualizada e reorganizada de saúde mental, com os dizeres: “**Garantir ao doente mental o acesso à assistência e ao tratamento adequado**”. Recuperei o meu gosto antigo pelas cartilhas informativas.

¹¹² Recursos ambulatoriais dos municípios: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Juiz de Fora, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pouso Alegre, Ponte Nova, São João Del Rei, Sete Lagos, Teófilo Otoni, Ubá, Uberlândia, Varginha, Sete Lagoas. Arquivo pessoal cedido por Gisele Onete Marani Bahia.

Figura 29. Cartaz da *II Conferência Estadual de Saúde Mental*, 17 a 20 de setembro de 1992



Fonte: Acervo pessoal

Com a pandemia de covid-19 agravaram-se os problemas ligados a doença mental no Brasil. Um trabalho da FIOCRUZ/Brasília constata que “A mudança brusca da rotina que a pandemia causou trouxe impactos também para a saúde mental... os casos de depressão aumentaram em 90% e o número de pessoas que relatam sintomas como crise de ansiedade e estresse agudo mais que dobrou entre os meses de março e abril deste ano” (GAMEIRO, 2020, s/p). Nessa pesquisa, Fabiana Damásio, a diretora da FIOCRUZ/ Brasília, afirma que os problemas de saúde mental estão relacionados a três pilares: tempo, espaço e condições. Quanto ao tempo, percebe-se que há dificuldade de estabelecer limites entre o trabalho e vida pessoal, assim como em relação às atividades domésticas, realizadas no mesmo espaço. O outro pilar passaria pela inter-relação entre a convivência com as mídias sociais e as condições gerais de vida.

Segundo a OMS, a depressão, que já é a maior causa de incapacitação do mundo, atinge mais de 300 milhões de indivíduos no mundo, de todas as faixas etárias, e tende a se agravar. O Brasil é o país com a maior prevalência desse tipo de transtorno mental na América Latina.¹¹³ A venda de antidepressivos é um indicador para o aumento do sofrimento mental, segundo dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF). Em 2020, o comércio de psicotrópicos já tinha aumentado 17% em comparação com 2019, enquanto o relatório do Sindicato da

¹¹³ Disponível em: <<https://www.unifesp.br/edicao-atual-entreteses/item/2876-depressao-e-a-maior-cao-de-incapitacao-no-mundo>>. Acesso em: 9 out. 2021.

Indústria de Produtos Farmacêuticos (SINDUSFARMA) apontou um aumento de receita de 18,73% nas vendas no primeiro semestre deste ano em relação ao de 2020. Muitas vezes o sofrimento mental se entrecruza com o aumento da pobreza, da miséria e da falta de perspectivas. Já as mortes por transtornos ligados ao álcool, segundo matéria de Cláudia Collucci, cresceram no primeiro ano da covid-19 em 156,3%. É possível prever que, dentre as sequelas da pandemia no Brasil, os distúrbios mentais sejam as mais frequentes e graves.¹¹⁴

É comum, além do luto pelas mais de 600 mil mortes, a avaliação de que a doença (além do desgoverno) contribuirá para a recessão que assusta o “mercado”, mas não se faz alarde com a informação de que, das 100 milhões de pessoas que serão jogadas na pobreza extrema no mundo, 19 milhões vivem no Brasil – “*Para o pobre, os lugares são mais longe*”, como nos alerta Guimarães Rosa, no conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, no livro *Primeiras histórias* (ROSA, 2008, p. 20). A covid-19 expôs as desigualdades sociais a ponto de que entre as famílias mais pobres, comparadas às 10% mais ricas, o risco de morte é quatro vezes maior. O pior disso é a falta da consciência elementar de que o mundo só será um lugar seguro quando o conjunto da população estiver protegido.¹¹⁵

¹¹⁴ Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/mortes-por-transtornos-ligados-ao-alcool-crescem-156-em-sp-diz-relatorio.shtml>>. Acesso em: 9 out. 2021.

¹¹⁵ Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-04-22/as-vitimas-esquecidas-da-covid-19-cem-milhoes-de-pobres-a-mais.html>>. Acesso em: 9 out. 2021.

Figura 30. Saraiva Felipe com Manuelzão, personagem de Guimarães Rosa no livro *Manuelzão e Miguilim*, 1995



Fonte: Acervo pessoal

Com relação ao atendimento à saúde mental, ou melhor, à doença mental, que grassa entre nós, não avalio que o sistema de saúde, da atenção básica à especializada, esteja preparado (ou se preparando) para o adequado atendimento das ações proteladas e do aumento da necessidade de atendimento em razão das variadas sequelas da covid-19. Antes mesmo da pandemia, já havia críticas sobre o desaparecimento para o atendimento de casos agudos de doença mental. Com as autoridades brasileiras de saúde patinando em relação a evidências científicas ou refutando-as, o despreparo e a imprevidência são fatores adicionais na crise assistencial.

Espero que a loucura (a do outro, a nossa) não nos reserve o destino de Sorôco, levando a mulher e a filha para embarcarem no “trem dos loucos”, envolto em grades:

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expreso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro na esplanada da estação [...] O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir faltam dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. (ROSA, 2008, p. 19)

O trem ia para Barbacena.

Em uma das visitas para inaugurar reformas de instalações no CHPB, comprei de um dos internos uma pintura. Nela, a fachada da entrada do vetusto edifício foi pintada com cores exuberantes, o que me lembrou Van Gogh. Impressionou-me muito o céu, as cores pesadas, como se ele fosse desabar sobre as nossas cabeças. Já havia no hospital uma oficina de artes, a exemplo do que a dra. Nise da Silveira havia desenvolvido no Hospital Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro, e que nos revelou a genialidade de Arthur Bispo do Rosário.

Como a fotografia na parede de Carlos Drummond de Andrade, que evocava Itabira, a sua cidade natal, o quadro pendurado na parede de minha casa é apenas uma lembrança, “*mas como dói!*”

CAPÍTULO VI

MINISTÉRIO DA SAÚDE: UM DESAFIO E TANTO...

Deixei a secretaria no último dia de março de 1994 para disputar o primeiro mandato como deputado federal. No pleito de outubro daquele ano, mercê do povo do Norte de Minas e de outras regiões do Estado, fui o quinto colocado entre os 53 nomes eleitos para a representação estadual. Empenhei-me muito pela aprovação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Sabia muito bem o porquê.

Figura 31. Como deputado federal por Minas Gerais, de 1995 a 2019



Fonte: Acervo pessoal

Para falar sobre a minha curta passagem pelo Ministério da Saúde (2005/2006), impõe-se considerar todo o caminho político que percorri e que me levou ao cargo. Alguns passos foram registrados neste trabalho. Eu estava no meu terceiro mandato em 2005, quando o chamado “Mensalão”¹¹⁶ ameaçou a estabilidade política do governo Lula (MIGUEL; COUTINHO, 2007). A proposta da participação do PMDB como base parlamentar do governo,

¹¹⁶ Pretensa esquema de propinas pagas a parlamentares federais com desvio de verbas públicas.

rechaçada em 2003, apresentou-se nesse novo momento como uma necessidade premente, diante da possibilidade da abertura de um processo de impeachment do presidente da República.

Por outro lado, o PMDB, historicamente, desde a sua fundação, constituiu-se como uma frente política, com posições que iam de um segmento majoritário, conservador, até setores progressistas, representados por um grupo de centro-esquerda, em que despontavam lideranças como Pedro Simon, Roberto Requião, Waldir Pires, Tarcísio Delgado, Ronan Tito, dentre outras.

A despeito de o partido oficialmente ter indicado a deputada Rita Camata como candidata à vice-presidência da República na chapa encabeçada pelo senador José Serra, eu fazia parte do grupo que apoiara a candidatura vitoriosa de Lula, repetindo o meu apoio na eleição de 1998. Havia outra divisão no partido, o que acontece ainda hoje, entre o PMDB da Câmara e o do Senado.

Eu ocupava a secretaria geral do partido e decidi disputar a sua Liderança, com o apoio da bancada na Câmara, representando um grupo do qual participavam Michel Temer, Henrique Eduardo Alves, Eduardo Cunha, o ex-governador Anthony Garotinho etc. Nessa disputa, o Senado era representado pelo deputado José Borba. A escolha do novo líder era feita através da apresentação de uma lista de apoio inscrita junto à mesa da Câmara. O PMDB à época tinha 81 deputados, sendo a maior bancada, que se dividiu ao meio.

Durante várias semanas, a liderança oscilou entre um e outro lado. O deputado José Borba, desgastado por denúncias que o ligavam ao “Mensalão”, foi substituído na disputa pelo deputado paraibano Wilson Santiago. A liderança alternava-se com a apresentação de sucessivas listas, em que uma ou duas assinaturas refaziam um movimento pendular. A sensação que se tinha era a de que o governo e seu entorno preferiam o nome do deputado Wilson Santiago, avalizado pelos senadores Renan Calheiros, José Sarney e outros peemedebistas que haviam negociado a entrada no governo. De alguma forma, o PMDB da Câmara julgava-se preterido nesses entendimentos.

Como a situação ficou insustentável, exibindo um racha partidário (o que sempre foi comum na história peemedebista), com a legenda dividida, ampliaram-se as discussões. Fui sondado pelo vice-presidente José Alencar, que sugeriu-me procurar o senador José Sarney, com quem eu já havia trabalhado durante o seu mandato como presidente da República. Nesse ínterim, José Alencar fez um outro movimento: acordou com os 11 deputados e o senador Hélio Costa em torno do meu nome.

Procurei o presidente do partido, Michel Temer, e expus-lhe a situação. Ele disse que eu estava em uma posição muito difícil. A maioria da bancada da Câmara, no caso de eu me

firmar na liderança, não aceitaria a minha guinada em direção ao governo. Outrossim, advertiu-me de que eu não tinha outro caminho, que a minha aproximação tinha ido longe demais, e que, para evitar um desgaste maior ainda, eu deveria investir para ocupar um ministério. Simplificando, em linguagem temerária, queria dizer que eu estava com o caminho de volta à liderança fechado. A única incorreção da sua avaliação era a de que a posição dele e do seu grupo representaria a maioria do partido.

A essa altura, entraram em campo o senador Renan Calheiros, com quem eu tinha relacionamento amistoso e que conhecera no Movimento Estudantil como militante do PCdoB, e o ex-presidente Sarney, que me convidou para uma conversa em sua casa. Se o presidente do partido, Temer, fez alguma coisa para assegurar a sua liderança na bancada, não percebi nenhum gesto que pudesse me constranger.

Os senadores me acompanharam a uma audiência com o presidente Lula. Eu já o conhecia desde a década de 90. Em 2002, como presidente do PMDB de Minas, num ato de campanha com a sua presença, li o manifesto a favor da sua candidatura à presidência, contrariando a orientação partidária nacional. Nesse contato, em 2005, o presidente Lula falou-me sobre o PMDB de Minas ocupar ministérios, mas direcionou a conversa para questões referentes à saúde.

No mesmo dia, à noite, recebi um telefonema do vice-presidente José Alencar comunicando-me que o presidente Lula o incumbira de convidar-me para ocupar o Ministério da Saúde, e que eu deveria resguardar-me de informações a respeito, sobretudo diante de especulações da mídia. Entre essa conversa e a publicação da nomeação, passaram-se 15 longos dias.

A minha nomeação deveria ajudar no encaminhamento de duas ordens de questões. A primeira era reforçar o vínculo de apoio congressual do PMDB. A segunda dizia respeito ao desgaste do ministro Humberto Costa com a chamada “Operação Vampiro”¹¹⁷ (da qual o hoje senador foi inocentado pela Justiça)¹¹⁸ e ao impasse decorrente da intervenção na área da saúde do Rio Janeiro, sobretudo em hospitais federais que haviam sido municipalizados (a solução foi indenizar o município e reaver o comando dos cinco hospitais).

Antes da posse no ministério, fui chamado à casa do senador Sarney, onde se encontravam parlamentares das duas casas legislativas. O anfitrião sugeriu-me ajudar a

¹¹⁷ Ação ajuizada pelo Ministério Público no Distrito Federal contra pessoas e empresas acusadas de corrupção, formação de quadrilha, fraudes em licitações e lavagens de dinheiro do Ministério da Saúde.

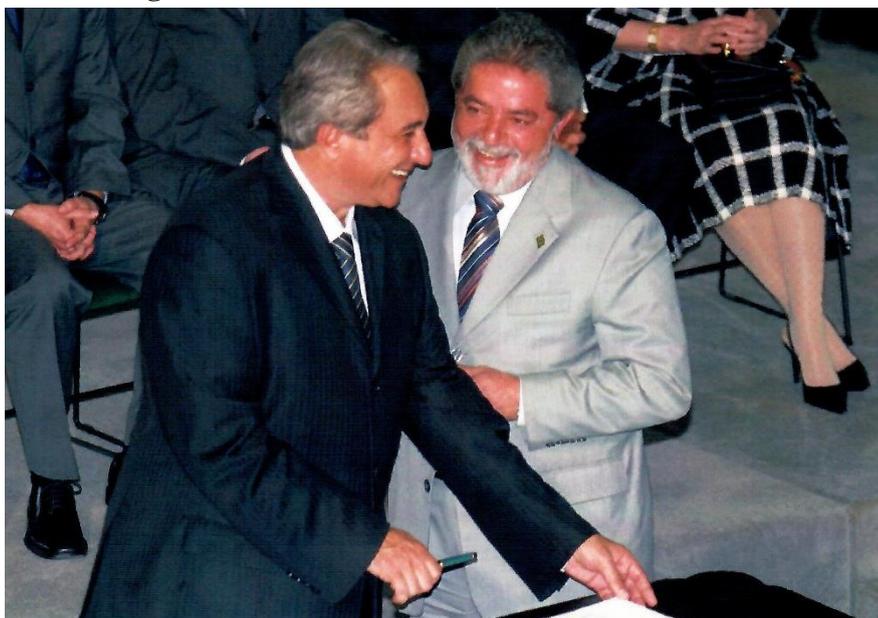
¹¹⁸ Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-02/stf-arquivo-inquerito-contras-senador-investigado-na-lava-jato>>. Acesso em: 30 set. 2021.

“estabilizar” a disputa pela liderança em favor do deputado Wilson Santiago. Enquanto eu falava com ele, recebeu várias ligações de lideranças mineiras, agradecendo o encaminhamento da minha nomeação, e a do senador Hélio Costa, convidado para assumir, como outro representante do PMDB de Minas, o Ministério das Comunicações. Uma delas, que ouvi, foi muito demorada, a do ex-governador do Distrito Federal e ex-ministro da Cultura, José Aparecido de Oliveira.

Ainda antes da posse, tive mais uma conversa com o presidente Lula. Disse-me que a escolha recebera elogios de gente que ele respeitava muito, como o ex-prefeito de Belo Horizonte, Célio de Castro, além do pessoal da saúde pública (meus companheiros e companheiras da Reforma Sanitária). O ministro do Turismo, Walfrido dos Mares Guia, ressaltou a minha experiência como gestor público (havíamos sido secretários de Estado do Governador Hélio Garcia, ele o da Educação e eu o da Saúde). A opinião do Walfrido pesou muito sobre o ânimo do presidente.

O presidente pediu-me que lhe enviasse algumas cópias do meu currículo através da ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff. Chegou a comentar que “*tinha atirado no que viu e acertado no que não viu*”, ou seja, escolhido o deputado e acertado no sanitarista, com bom trânsito e reconhecimento no meio da saúde pública.

Figura 32. Posse como ministro da Saúde em 2005



Fonte: Acervo pessoal

Isso me fez pensar em como a ocupação de um cargo eletivo, sobretudo para o Congresso Nacional, apaga o interesse da sociedade, da mídia em especial, pela trajetória das

pessoas. É como se entrássemos num limbo, onde ficam submersas as histórias de vida, a carreira acadêmica, a experiência na área de gestão. O esforço pessoal e o êxito costumam ser valorizados no caso de pessoas egressas do “mercado”.

Outro fato que me chamou a atenção foi a dificuldade de negociação para a substituição no Ministério da Saúde. O Partido dos Trabalhadores (PT) considerava uma questão de honra manter sob o seu comando um pilar das políticas sociais do país. Daí a demora para minha nomeação. Comuniquei ao presidente que não faria escolhas político-ideológicas ou partidárias para a formação da minha equipe de trabalho. O critério seria o da confiança, do comprometimento com o SUS e da competência técnica. Agindo assim, mantive muitas pessoas nos cargos que já ocupavam.

A única escolha que me foi apresentada foi para a presidência da FUNASA. Sugeri, então, que a nomeação do ex-deputado Paulo Lustosa fosse publicada junto à minha, já que era de competência da presidência da República, no que houve concordância. Nessa audiência, tratamos de equacionar impasses com o governo do Distrito Federal (Joaquim Roriz) e com a prefeitura do Rio de Janeiro (César Maia). Eu me comprometi a assegurar o apoio majoritário da bancada do PMDB ao governo, o que passava pela solução da questão da liderança na Câmara. Apesar de alguma dúvida da parte do presidente, fui assertivo em relação ao encaminhamento desses problemas.

Depois de conversar com o ministro Humberto Costa sobre questões administrativas pendentes, combinamos a solenidade de transmissão do cargo. Na escolha da equipe, conversei com companheiros(as) do Movimento Sanitário, com Edmur Pastorello, com o presidente da Fiocruz (Paulo Buss), com o José Noronha (que nomeei para coordenar o núcleo responsável pela gestão dos hospitais federais no Rio de Janeiro), com parte da bancada do PMDB, particularmente a de Minas, e com muitos funcionários de carreira que eu conhecera no Ministério da Saúde e no da Previdência, na minha passagem por cargos nesses órgãos. Certo é que consultei muita gente. Pedi e recebi um apoio do ministro-chefe da Controladoria Geral da República, Waldir Pires, com o deslocamento de um funcionário da sua confiança para cuidar de uma auditoria interna permanente, o dr. Franz Varga. Era uma forma de me precaver em relação aos atos administrativos que assinava aos borbotões.

O dr. Edelberto, a quem convidei para a Consultoria Jurídica do Ministério, eu conheci quando ocupava a Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS (1990), na elaboração das propostas para a regulamentação das Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que, no meu entendimento, constituem a certidão de nascimento do SUS. Os textos, trabalhados com a ajuda da equipe da OPAS (José Paranaçuá, José Agenor, Eugênio Vilaça

Mendes, dentre outros), foram um legado deixado para a administração seguinte, do ministro Alcení Guerra, que conseguiu bravamente a sua aprovação no Congresso no ano seguinte (1990).

As escolhas recaíram sobre os nomes do José Agenor para a Secretaria Executiva; do José Temporão para Secretaria de Atenção à Saúde; do Moisés Goldbaum, que permaneceu à frente da Secretaria de Ciência e Tecnologia; da Lourdes Lemos para a Chefia de Gabinete; do Ricardo Scotti para a Assessoria Especial; do Francisco Campos para a Secretaria de Educação e Gestão do Trabalho em Saúde (SEGTS); do Jarbas Barbosa para continuar à frente da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); do Antônio Alves para permanecer como Secretário de Gestão Participativa (SEGEP); do Sady C. Falcão Filho para a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; do José de Menezes Neto para a direção do Fundo Nacional de Saúde (FNS); e do Jocelino Francisco de Menezes para a Subsecretaria de Administração. O Arinaldo Rosendo foi nomeado assessor junto ao FNS. A direção do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹¹⁹ foi entregue ao dr. João Henrique Vieira da Silva Neto. Ainda convidei o Francisco de Assis Machado (Chicão) e o Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) para estarem junto à administração.

Figura 33. Saraiva Felipe, secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, com Francisco de Assis Machado (Chicão), à direita, e à esquerda, de camisa branca, Célio de Castro, o prefeito de Belo Horizonte, 1992



Fonte: Acervo pessoal

¹¹⁹ Para saber mais: <<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>>. Acesso em: 2 out. 2021.

A nomeação dessa equipe, que mesclava funcionários de carreira e militantes do Movimento Sanitário, causou algum desconforto junto aos partidos que davam sustentação ao governo no Congresso, o que me cobrou muita atenção e me levou a jornadas extenuantes no ministério. Uma estratégia (usada à larga nos dias atuais, com a incorporação até de emendas secretas) foi fazer um levantamento sobre o pagamento de emendas parlamentares. Descobri que havia uma considerável defasagem, com muitas delas estancadas na rubrica de restos a pagar. Depois de discutir com a área econômica do governo, consegui os recursos necessários para a retomada dos pagamentos. Decidi pagar sem discriminação partidária, o que facilitou o meu trânsito junto a todos os partidos, além de favorecer investimentos carimbados para a área da saúde, cujos projetos eram analisados pelo ministério.

Com relação à consolidação da liderança do PMDB, conversei com cada deputado da bancada, atendendo aos seus pleitos (como recursos para obras e nomeações de cargos nos estados). A dificuldade maior era quando as solicitações eram incabíveis. Essas demandas eram escrutinadas nos órgãos finalísticos e nas instâncias administrativas. Não havia pressão que me fizesse atendê-las contra o posicionamento técnico-administrativo. Eu sabia que ao longo do tempo isso me traria desgastes, mas aprendi a conviver com esse ônus durante toda a minha vida. A equipe respaldava a posição institucional.

Foi necessário, para flexibilizar o orçamento, anular empenhos feitos no último mês antes da minha posse. Depois de uma análise criteriosa das instâncias administrativo-burocráticas, foi reempenhada boa parte do que havia sido cancelado. Esse procedimento gerou um burburinho, esvaziado pela adoção de critérios claros.

Em uma das primeiras atividades da qual participei, acompanhei o presidente Lula em uma visita à FIOCRUZ. Fui recebido como alguém da casa, onde fizera o curso de especialização em Saúde Pública e o mestrado, apresentando a dissertação “A municipalização como estratégia para a descentralização dos serviços de saúde” (SARAIVA, 1991), tendo como orientador o professor e amigo Sérgio Arouca, falecido em 2003. O presidente da Fundação, Paulo Buss, e a equipe da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca receberam a comitiva com muito carinho, destacando a minha condição de ex-aluno e professor das instituições.

No retorno a Brasília, o presidente Lula se manifestou agradavelmente surpreso pela minha inserção entre os profissionais de saúde pública do país. Comentou que atirara no que viu e acertara positivamente no que não vira. Como eu já comentei, a ocupação de cargos eletivos costuma apagar as histórias profissionais. Essa observação foi redentora para mim.

Eu tinha consciência de que a minha gestão era de continuidade. Reforcei as marcas do ministério: Serviço de Assistência Médica de Urgência – SAMU 192, Programa Farmácia Popular, Programa Brasil Sorridente.

Procurei incrementar a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006)¹²⁰ aumentando o número de municípios e estimulando a inclusão de mais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) às equipes. Uma das questões que resolvemos enfrentar foi a injusta distribuição dos recursos financeiros no âmbito do SUS. Quanto mais desenvolvido o estado ou a região, mais recursos recebia, pois tinha uma maior capacidade instalada, e os pagamentos das ações e serviços eram realizados exclusivamente por produção.

Essa distorção do financiamento da saúde por parte do governo federal gerava uma perversa realidade: quanto mais pobre, menor era a oferta de procedimentos e menor a incorporação tecnológica, com conseqüente menor repasse de recursos. O repasse fundo a fundo, *per capita* da população, como forma de financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2006), começou a mudar essa realidade.

O Piso de Atenção Básica (BRASIL, 1997) permitiu que mais de 1.500 municípios que não tinham qualquer procedimento de saúde pago pelo governo federal passassem a receber o Piso Fixo, à época no valor mínimo de 13 reais (5,4 dólares/janeiro 2006) *per capita*/ano, diretamente nos seus fundos de saúde.

Chegamos, em 2006, a um orçamento para a saúde de R\$ 43 bilhões – cerca de 20 bilhões de dólares – e uma estratégia de investir no atendimento básico para reduzir os gastos com os procedimentos de média e alta complexidade, cada vez mais caros em função de novas tecnologias agregadas ao setor.

Procuramos reforçar a Estratégia Saúde da Família (2003), criada como Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994), ampliando as equipes, cobrindo cerca de 44% da população em 4.984 municípios, o equivalente a mais de 78 milhões de pessoas. Uma pesquisa realizada em 2005 sobre o impacto da Saúde da Família mostrou que as taxas de internação no grupo de municípios com maior cobertura caíram de 52,30 por grupo de 10 mil habitantes para 37,7. Em razão da ESF, as taxas de mortalidade infantil caíram de 33,2 por mil nascidos vivos em 1996 para 24,4 em 2003.

Demos atenção especial ao Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS (hoje Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST), no qual o Brasil é uma referência mundial na prevenção e controle, por suas campanhas educativas e pela distribuição

¹²⁰ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.

gratuita de preservativos e do coquetel antirretroviral. Graças a essas políticas incisivas, os boletins epidemiológicos de 2005/2006 mostravam que jovens na faixa de 13 a 29 anos, por exemplo, eram os que mais usavam preservativos (hoje, as campanhas em torno da doença escassearam e há uma crença entre a juventude de que os coquetéis promovem a cura, o que indica um recrudescimento no número de casos entre os jovens).

Logo que assumi o ministério, enfrentei a negociação com o Laboratório Abbott em outubro de 2005, que fez com que o Brasil economizasse cerca de US\$ 339,5 milhões com a redução do preço do antirretroviral Kaletra (Lopinavir/Ritonavir). Desde 2002, quando o medicamento foi utilizado no tratamento da AIDS, o Brasil pagava R\$ 1,63/cápsula. A discussão ia desde o ajustamento do preço considerado razoável pelo governo até uma eventual “quebra de patente” (licença compulsória), caso as negociações não chegassem a bom termo. Fui procurado pelo embaixador dos Estados Unidos da América falando em retaliações comerciais ao Brasil. Evitei conversar sem testemunhas e autorizei o secretário executivo José Agenor a conduzir as negociações com bastante rigor. É interessante assinalar que

O aumento de recursos para a área das Doenças Sexualmente Transmissíveis e para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em 2006 representou o dobro em relação ao ano anterior (de 689 milhões para 1,3 bilhão de reais). Naquele ano o Ministério da Saúde distribuía 17 tipos de antirretrovirais para atender 175 mil pacientes em tratamento. Nove desses produtos eram importados, alguns dos quais com preços acima do tolerável para o governo. (SILVA, 2015, p. 96)

Havia nessas discussões duas posições acaloradas que, de alguma forma, perpassavam a própria equipe do ministério. Uma propugnava inapelavelmente a quebra de patente, outra considerava que ela deveria ser feita se não houvesse êxito nas negociações. Discuti com representantes da FIOCRUZ e de outros laboratórios nacionais sobre a produção substitutiva imediata dos princípios ativos do Kaletra. (Guardei para mim a dúvida acerca do êxito dessa empreitada.)

Além dos embargos comerciais, as ameaças passaram por prejuízos dos intercâmbios de pós-graduação de brasileiros nos Estados Unidos. Numa viagem a São Paulo, recebi um convite para comparecer à Federação das Indústrias do Estado de São Paulo. Por incrível que possa parecer, a direção da entidade usava os mesmos argumentos dos norte-americanos, só que focando eventuais prejuízos para as suas empresas, sobretudo as exportadoras, e com o argumento de que as posições do ministério desrespeitavam as leis do mercado.

Devo ressaltar que o MS contou com o irrestrito apoio do governo, através do ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, e do ministro do Desenvolvimento, Indústria e

Comércio, Luiz Furlan. O resultado foi que o preço do Kaletra baixou de R\$ 1,63/ cápsula para R\$ 0,63/cápsula. Esse valor, o mais baixo pago por um importador, contaminou mundialmente o preço do medicamento. Dá para entender a tensão das negociações.

Outra questão que mobilizou o MS diz respeito à ameaça representada pela chegada ao país da Gripe Aviária (H5N1), resultante de uma mutação do vírus responsável pela gripe das aves, que provocou a morte de 78 pessoas entre 2003 e 10 de janeiro de 2006 – com 147 casos registrados no mundo. Essa síndrome respiratória grave/SARS teve origem no norte do Vietnã. Alertado pela OMS, o governo agiu com presteza.

Ao contrário da negligência e do negacionismo do atual governo frente à expansão do vírus SARS-CoV-2 (agente etiológico da covid-19), o governo brasileiro tomou medidas imediatas. Um decreto presidencial de 24 de outubro de 2005 criou o Grupo Executivo Interministerial (GEI) (BRASIL, 2005a), mobilizando, sob a coordenação do MS e do Ministério da Defesa, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA/MMA), o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), o Ministério da Defesa (MD), o Ministério da Integração Nacional (MI), a Assessoria de Comunicação Social, e coordenado pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). O conjunto das instituições elaborou o plano nacional de contingência, com estratégias e diretrizes operacionais.

O MS seguiu todas as recomendações dos organismos internacionais, com destaque para a OPAS/OMS. Em novembro de 2005, o Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Gripe foi apresentado a autoridades nacionais e internacionais, contemplando medidas adequadas para cada cenário epidemiológico que se vislumbrava. Envolveu ações de vigilância epidemiológica com a utilização de insumos estratégicos, como antivirais e vacinas, organização da assistência ambulatorial e hospitalar para os possíveis pacientes contaminados, comunicação social e medidas de contenção, como isolamento social e restrição do trânsito de pessoas. Essas medidas foram construídas envolvendo os governos estaduais, através do CONASS, e municipais, via CONASEMS:

Na área de vigilância epidemiológica, foi acertada a elaboração de planos de contingência estaduais e locais; preparação e intensificação do controle de passageiro e bagagens em portos e aeroportos, o monitoramento de aves migratórias com parceria do Ministério da Agricultura, a integração das salas de integração do Governo Federal, muitas das quais implantadas com recursos captados pelo Ministério da Saúde. (SILVA, 2015, p. 99)

Uma providência tomada em decorrência da ameaça pandêmica foi a criação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A criação de uma sala de situações, que funcionava durante 24 horas, permitiu o intercâmbio de informações epidemiológicas contínuas para identificar “*precocemente emergências de relevância nacional, estabelecer parcerias com estados e municípios para sua investigação, formular respostas adequadas e oportunas, assim como monitorar e avaliar as intervenções implementadas, potencializando a busca de maior efetividade*” (BRASIL, 2005b).

Fiquei impressionado com a inauguração da sala de situações, com painéis que interligavam e consolidavam informações encaminhadas por estados e municípios e estavam em linha com instituições internacionais congêneres. Os eventos poderiam ser de natureza infecciosa, tóxica e/ou desconhecida, com irrupção de surtos que configurassem situação de emergência.

Um fato curioso diz respeito à aquisição de 9 milhões de doses de fosfato de oseltamivir (Tamiflu) para um eventual tratamento da gripe aviária, caso ela chegasse ao país. Esse medicamento, produzido com exclusividade pelo laboratório Roche, era recomendado pela OMS, que o classificou como essencial diante dessa iminente emergência sanitária. Considerava-se o hiato de tempo para a produção e distribuição de vacinas. Ainda assim, foi assinado um acordo tecnológico que permitiu o repasse de recursos financeiros do MS para o Instituto Butantan, com o objetivo de desenvolver vacina contra a infecção humana pelo vírus da gripe aviária, já a partir do início de 2006.

Esse elenco de decisões era preventivo, porque não tínhamos casos nem entre aves nem na população. À época, surgiram questionamentos sobre a eficácia do medicamento, mas era o único recurso para o enfrentamento dessa doença de alta transmissibilidade e morbimortalidade, apesar da recomendação dos organismos multilaterais da área da saúde.

Participei de uma reunião para a coordenação de esforços internacionais patrocinado pela OPAS, no Canadá, em que defendi o reforço da vigilância e o acesso de todos os países, acima das diferenças econômica, social e política, à vacina e aos medicamentos disponíveis para o enfrentamento da pandemia de gripe aviária, caso ela se apresentasse ao mundo.

O Brasil era visto como liderança na tomada de providências científicas contra a emergência desse vírus, ao contrário da indigência negacionista, que nos isola hoje como um país (melhor, um governo) que se afastou da ciência e do seu compromisso ético com sua população e a comunidade internacional. Toda essa mobilização evidenciou para o mundo a importância do SUS, ao incrementar a identificação, a notificação e o tratamento de síndromes gripais na sua extensa rede. Aliás, em minhas viagens internacionais como ministro, eu era concitado a falar sobre o nosso

sistema nacional de saúde, o êxito do país na política de controle do HIV/AIDS e os excepcionais indicadores de cobertura vacinal em todas as faixas etárias.

Passado o risco, não tendo a doença chegado ao Brasil, abriu-se uma discussão sobre se não teriam sido precipitados os gastos com a mobilização e a aquisição do Tamiflu. O secretário executivo, José Agenor, e eu, como ministro, fomos chamados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para explicar os dispêndios com a aquisição do medicamento, que ficou estocado nos centros de distribuição do MS. Não se questionou a lisura da negociação, feita diretamente com um grande laboratório multinacional (Roche), o único produtor até então. Prestamos os esclarecimentos, mas ficamos receosos com possíveis desdobramentos.

Em março de 2009, sob a administração do ministro José Gomes Temporão, que participara, como secretário de Atenção à Saúde na minha gestão, de todos os encaminhamentos para a contenção da chegada ao Brasil da gripe aviária, o país enfrentou a pandemia do vírus H1N1 – uma nova cepa do vírus influenza A, o mesmo que causara a gripe espanhola, que assolou o mundo entre 1918 e 1920. A doença designada como “gripe A”, “gripe mexicana” ou “gripe suína” (por conter RNA típico de vírus suínos) rapidamente se espalhou por 75 países em todos os continentes, levando a OMS a evoluir a classificação de “emergência de saúde pública de importância internacional” para “estado de pandemia” (TEMPORÃO, 2009).

O ministério, além de consumir todo o estoque armazenado de Tamiflu, precisou fazer novas aquisições do medicamento. Isso nos faz pensar sobre o dilema de gestores públicos, colocados entre o risco de tomar atitudes administrativas prestas e adequadas diante de emergências em saúde e a sanha inquisitória de parte do Ministério Público e do Judiciário em interpretar atitudes e decisões, analisadas fora do contexto, como atos de improbidade.

Uma observação a ser feita é a de que os países mais desenvolvidos exportam a origem (responsabilidade) e a nomeação das doenças infecciosas para países ou regiões mais periféricas. Assim, a “gripe suína”, uma virose comum na Região Centro-Oeste dos Estados Unidos, ficou inicialmente conhecida como “gripe mexicana”, da mesma forma que a “gripe espanhola” teve os primeiros casos em um acampamento militar instalado no interior do estado norte-americano do Kansas, Fort Riley, mas recebeu esse nome pela intensa divulgação na imprensa espanhola. Isso nos lembra a tentativa de caracterizar a infecção por SARS-CoV-2 como “gripe chinesa”, por razões político-ideológicas, como se o seu surgimento fosse parte de uma guerra econômico-biológica.

O Brasil, mesmo sem casos da doença, tornou-se uma referência internacional na adoção de medidas preventivas para o enfrentamento de uma possível pandemia. Em fevereiro de 2006, uma cartilha, “Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Gripe”, elaborada pela área de Planejamento de Comunicação do governo federal, circulou com

entusiasmo entre os participantes do fórum canadense. Posteriormente, outras versões foram criadas substituindo o termo “gripe” por “influenza”.¹²¹

Esse esmero na organização de um plano para o enfrentamento da pandemia do H5N1, com medidas tempestivas e ousadas, pode ser contraposto à atitude negacionista e desmobilizadora da atual administração da saúde frente à pandemia do SARS-CoV-2. Além da subestimação da catástrofe epidemiológica iminente, a posição negacionista do presidente da República e de autoridades na área da saúde fez com que tivéssemos um número de casos e de mortes que se destacou entre os países do mundo. Hoje (01/10/2021), a taxa de mortalidade por covid-19 chegou a 282,75 por 100.000 habitantes. Se considerarmos os casos fatais para cada 100 casos confirmados (taxa de letalidade), chegamos a 2,8%.¹²²

Em termos de mortalidade geral, o Brasil ocupa o segundo lugar, superado apenas pela Bulgária. No caso da mortalidade em relação aos casos confirmados, ocupamos o sexto lugar entre os 20 países atualmente mais afetados (em comparação com o Brasil, apenas México, Bulgária, Indonésia, África do Sul e Romênia têm coeficientes mais altos).

Além da negação e da demora na aquisição de vacinas, da refutação de medidas universalmente aceitas, como o distanciamento social, o uso de máscaras, a recomendação de lavar as mãos com frequência (higienização) e o uso de desinfetantes como o álcool gel, recomendadas por instituições médico-científicas e corroboradas por organizações internacionais como a OMS/OPAS, o governo se empenhou na promoção de tratamentos comprovadamente ineficazes e em estimular aglomerações pela atitude de autoridades do plano federal, inclusive pelo chefe do Executivo federal, que substituiu ministros da Saúde que discordavam de sua posição de menoscabo para com a saúde da população e de negacionismo em relação à gravidade e mortalidade da pandemia.

O discurso e as atitudes embutiam desprezo pela vida e falta de empatia, inclusive com os doentes e seus familiares, o que ainda nos cobre de asco e vergonha. O certo é que poderíamos ter salvado um número expressivo de vidas se não fosse o desencontro de informações, as *fake news*, a ausência de diretrizes a partir do órgão gestor nacional do SUS – “num embate semelhante ao que vem sendo travado desde 2019 na área ambiental, frente à negação sistemática de dados científicos sobre desmatamento e queimadas por parte do Governo Federal” (ESCOBAR, 2021).

¹²¹

Disponível em:
<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/15/1.%20Flu_SeminarioRJ_JarbasBarbosa.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.

¹²² Fonte: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>>. Acesso em: 1 out. 2021.

Com o agravamento da crise, as autoridades federais de saúde tentaram subtrair informações sobre o número de casos e óbitos. Foi necessário que secretários estaduais e municipais se mobilizassem e prestassem as informações diretamente a um Consórcio de Veículos de Imprensa¹²³, para que informações fidedignas fossem veiculadas.

O CONASS, o CONASEMS, o CNS, a comunidade científica, parte do Congresso Nacional e organismos da sociedade civil denunciaram o descabro e a desinformação patrocinada pelo governo federal. Uma reflexão necessária diz respeito à importância da existência do SUS. Estados e municípios ocuparam o vácuo do poder federal e assumiram as medidas de controle da pandemia, autorizadas que foram pelo STF, após polêmica alimentada pelo PR. A Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao MS, e o Instituto Butantan, vinculado ao governo do Estado de São Paulo, assumiram contatos internacionais para assegurar fornecimento de testes e vacinas contra a covid-19:

O negacionismo científico e obscurantismo intelectual do governo federal tiveram ao menos um efeito colateral positivo: um despertar da comunidade científica para a importância da comunicação com a sociedade. É notável o aumento da participação de pesquisadores, médicos e acadêmicos na divulgação da ciência e no combate às *fake news* no decorrer da pandemia, tanto pelos meios tradicionais de comunicação (servindo como fontes de informações confiáveis para a imprensa, por exemplo), quanto por iniciativas pessoais nas redes sociais. (ESCOBAR, 2021)

A pandemia funcionou como a Caixa de Pandora dos males que nos afetam no campo social, cujas iniquidades se refletem no campo da saúde. Evidenciou que milhões de pobres e miseráveis não tinham condições para cumprir as normas sanitárias preconizadas para o controle da pandemia: não podiam ficar na casa, que não tinham ou que mal abrigava muitos moradores; dependiam do trabalho diário para assegurar a própria sobrevivência e de seus familiares; sem água encanada em casa, não tinham como desenvolver atividades higiênicas elementares, como lavar as mãos. O desemprego e o desalento fizeram com que aumentasse muito a população em situação de rua, elevando para cerca de 27 milhões o número de pessoas¹²⁴ (12,8% da população brasileira) a viverem abaixo da linha da pobreza, 19% delas com algum grau de insegurança alimentar. O levantamento feito pela Fundação Getúlio Vargas

¹²³ Grupo formado pela imprensa, no ano de 2020, para reunir dados e informar a população sobre os casos relacionados à pandemia de covid-19. Integrado pelos veículos de informação *O Globo*, *Extra*, *O Estado de S. Paulo*, *Folha de São Paulo*, *G1* e *UOL*, contava com o apoio de municípios e estados. Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/667668-maia-elogia-consorcio-de-comunicacao-que-vai-divulgar-dados-omitidos-sobre-mortes-de-covid-19/>>. Acesso em: 2 out. 2021.

¹²⁴ Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/populacao-abaixo-da-linha-da-pobreza-triplica-e-atinge-27-milhoes-de-brasileiros/>>. Acesso em: 2 out. 2021.

(FGV) também aponta que muitas famílias tentam sobreviver com o valor de R\$ 246,00 (US\$ 43,95) por mês:

A recusa do Governo Federal em conduzir de forma responsável as ações de controle e mitigação do sofrimento do povo durante a pandemia fez com que os governadores e prefeitos, em consonância com o interesse público, passassem a assumir o processo, mesmo que sob forte e constante ataque do Presidente e sem a coordenação nacional do Ministério da Saúde. (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020)

Uma ação que mereceu especial atenção na minha gestão à frente do MS foi o incentivo ao cumprimento de metas de cobertura vacinal. Em 2005, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) registrou a vacinação de 16,3 milhões de crianças menores de 5 anos durante a primeira etapa da campanha nacional de vacinação contra a paralisia infantil, representando cobertura de 94,5%, e de 16,5 milhões na segunda etapa, o que equivalia a 95,37% de cobertura nacional. Da mesma forma, a vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* B) atingiu cobertura superior a 96%; a vacina antipoliomielite atingiu 98,1%, a BCG alcançou 100% do público alvo e a da hepatite B, 86,2%.¹²⁵

Esse êxito da campanha vacinal se prende ao modo como a campanha foi desenvolvida com investimento em publicidade e marketing, à minha presença em cadeia nacional em horário nobre para anunciar e convocar para a vacinação, à minha participação em programas populares como o Domingo Legal¹²⁶, do apresentador Gugu Liberato, dentre outros meios. Materiais eram veiculados em mobiliário urbano, paradas de ônibus, bancas de revistas e estações de metrô e trens. O Zé Gotinha foi incorporado como um personagem muito próximo das crianças brasileiras, que queriam ir ao encontro do mascote no dia de vacinação.

Em 2005, o Brasil atingiu um dos maiores índices mundiais de vacinação de idosos contra a gripe, com 83,2% de cobertura acima de 60 anos, ultrapassando a meta de 70% recomendada pela OMS. O país foi objeto de estudos para deslindar essa façanha, inatingível mesmo para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

A inclusão da vacina contra o rotavírus no PNI, em 2006, atendeu às recomendações da OMS e teve grande impacto na redução de casos graves de diarreia aguda. Nos anos seguintes

¹²⁵ Esses dados foram retirados do Relatório de Atividades do Ministro/MS/Documento pessoal do autor.

¹²⁶ Programa popular de auditório televisivo apresentado aos domingos no Sistema Brasileiro de Televisão (SBT) por Augusto Liberato.

ao início da campanha de vacinação nacional, tivemos a redução de 17% nas hospitalizações e de 22% na mortalidade por diarreia em crianças com até 5 anos de idade entre 2007 e 2009 no Brasil; a faixa de idade menor que 2 anos teve a redução de mortalidade mais significativa, com redução de até 28%. Tendo por base um modelo econômico envolvendo oito países da América Latina, calculou-se que a vacina seria capaz de reduzir 65% das consultas médicas, de óbitos e gastos (AMBROSINI; CARRARO, 2012 p. 413).

Entre os anos de 2010 e 2015, a cobertura vacinal permaneceu próxima às metas pretendidas, mas de 2016 a 2019, portanto antes da pandemia de covid-19, ocorreu uma queda significativa da cobertura vacinal em todas as vacinas, menos a BCG, o que tem provocado o reaparecimento de doenças antes classificadas como controladas ou extintas:

Observou-se cobertura vacinal média da BCG, poliomielite e tríplice viral de 90,6%, 107% e 102,3%, respectivamente, entre os anos de 2006 e 2016. Nos casos da BCG e da poliomielite, o ano de 2016 demonstrou os menores valores da cobertura no período analisado, obtendo 81,1% (BCG) e 91% (poliomielite) da população-alvo imunizada. Em relação à tríplice viral, 2013 foi o ano com menor cobertura, em que 77,1% das crianças com até um ano de idade foram vacinadas no país. Nacionalmente, observou-se uma tendência de redução no número de imunizações no Brasil no decorrer dos anos para as três vacinas. No caso da BCG, a tendência foi de redução das imunizações na ordem de 0,9% ao ano. Para a poliomielite, esse valor alcançou 1,3% de crianças vacinadas anualmente. A tríplice viral externou o maior valor de redução no número de vacinados, chegando a encolher 2,7% a cada ano. (ARROYO et al, 2020, p. 4)

Em 2021, através do CONASEMS, foi feita uma licitação, vencida pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG com um projeto intitulado como “Projeto de Pesquisa Nacional sobre Cobertura Vacinal, seus múltiplos determinantes e as ações de imunização nos territórios municipais brasileiros”.¹²⁷ Esse projeto iniciou-se em setembro deste ano, e tem por objetivo realizar um diagnóstico atual das ações de imunização em nível de território nacional. Visa a identificar os maiores desafios à efetivação vacinal, diagnosticando nas atividades realizadas as ações empreendidas na sua rotina, abrangendo as campanhas, o treinamento dos profissionais, a cobertura e o registro das vacinas, entre outras questões relacionadas.

Para isso, serão realizado contatos por telefone e correspondência eletrônica (e-mail) e o preenchimento de um formulário com o público-alvo de gestores de saúde e coordenadores responsáveis pelo PNI, coordenadores de UBS e responsáveis por salas de vacinação, profissionais e trabalhadores diretos, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de

¹²⁷ Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/imunizatus-pesquisa-nacional-sobre-cobertura-vacinal/>>. Acesso em: 5 out. 2021.

enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. O questionário será composto por questões sobre hesitação vacinal global, deficiência do funcionamento dos serviços e vacinas específicas, especialmente aquelas que tiveram queda na cobertura nos últimos cinco anos, pautando-se nos 3Cs (OMS): confiança, conveniência e complacência. Esse modelo compreende que

A confiança refere-se à credibilidade na eficácia e segurança das vacinas, no sistema que as entrega e nas motivações dos gestores ao recomendá-las. A complacência se dá pela baixa percepção da população sobre os riscos de doenças preveníveis por vacinas, considerando-as desnecessárias. Discute-se que a complacência pode ser resultado do sucesso do programa de imunização, uma vez que as pessoas acreditam que a exposição ao antígeno pela vacina pode ser pior do que o acometimento por doenças menos comuns na atualidade. A conveniência compreende a disponibilidade física, acessibilidade geográfica, capacidade de compreensão (conhecimento de linguagem e saúde) e qualidade (real ou percebida) dos serviços de imunização. (FRUGOLI et al., 2021)

Também há previsão de discussões (para avaliação qualitativa) em grupos focais com o público-alvo previamente determinados por atuação, como forma de discutir a situação atual e seus desafios. Com esses diálogos, pretende-se identificar problemas bem como oportunidades de ampliar o acesso universal com segurança e qualidade na vacinação e imunobiológicos do PNI. O projeto vai culminar numa plenária geral, em que serão sintetizados os resultados e as recomendações políticas a serem realizadas pela gestão pública, especialmente no âmbito municipal.

Nessa pesquisa em desenvolvimento, da qual participo, relatamos que em relação à hesitação vacinal os processos de contaminação desinformativa nas redes digitais – aquilo que a OMS chamou de “infodemia” – e gatilhos mentais certamente importam. Ou seja, faz diferença para um processo dessa natureza que exista alguém com uma posição de alta visibilidade e autoridade, como um presidente da República, disseminando informações e discursos que incitam à negação da ciência. É o caso do Brasil.

A hesitação vacinal é um problema que preocupa o MS, mas não se restringe ao Brasil; pode ter influências filosóficas, socioculturais, religiosas, e também deve ter sido agravado em função da pandemia:

Francieli Fontana explicou que a queda nas coberturas vacinais durante a pandemia foi um fenômeno sentido globalmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 125 campanhas de vacinação que estavam marcadas para o primeiro semestre de 2020 foram adiadas. O problema da interrupção dos serviços de vacinação levou a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) a alertarem que 117 milhões de crianças em 37 países poderiam deixar de receber a vacina contra o

sarampo, que também provocou surtos em diversas partes do mundo nos últimos anos, incluindo o Brasil. (LISBOA, 2020, s/p)

Apesar das quedas nos números, que são preocupantes, é preciso reconhecer que o Brasil foi referência em vacinação, que possui uma infraestrutura que possibilita a vacinação em massa e mantém a confiança da população no sistema. Com base nisso, nunca é demais reafirmar a importância do combate aos comportamentos antivacina e a desinformação disseminada em redes digitais, que não contribuem com o senso do bem coletivo, com a responsabilidade social. Uma outra vertente que precisa ser levada em conta diz respeito à piora do funcionamento dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. Há muita expectativa em relação à pesquisa desenvolvida pelo NESCON/UFMG.

Em 2005, fui a Belo Horizonte inaugurar uma unidade própria do Programa Farmácia Popular¹²⁸, que ficava em uma avenida próxima ao centro da cidade, a Avenida Augusto de Lima. Seu funcionamento se dava através de parceria com governos estaduais, prefeituras municipais e instituições públicas. A FIOCRUZ, conforme a Lei nº 10.858 (BRASIL, 2004c), encarregava-se da implantação e do funcionamento dessas unidades, que disponibilizavam 112 itens, entre medicamentos e preservativos masculinos, obtidos com a apresentação de documento com foto, CPF e receita médica ou odontológica.

O programa, que teve início em junho de 2004, um ano depois possuía 60 unidades em funcionamento no país e tinha como meta atingir 330 unidades em 33 municípios ao final de 2005. Mas o que mais me chamou a atenção foi o custo do deslocamento/transporte da pessoa de sua residência até a unidade da farmácia popular, que era, na maioria das vezes, mais caro que o medicamento prescrito. Outra preocupação era quanto tempo seria necessário para que o programa alcançasse a maioria dos mais de 5 mil municípios brasileiros.

Em uma conversa com um proprietário de drogarias de Belo Horizonte, surgiu a ideia de que as redes, drogarias e farmácias poderiam com muito mais agilidade distribuir os itens da farmácia popular, ou parte deles, sem custo para o SUS. Fiquei intrigado sobre o que eles ganhariam aderindo ao programa. A resposta foi ágil e lógica: atrairiam mais clientes para os

¹²⁸ Para saber mais: <<https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>>. Acesso em: 3 out. 2021.

estabelecimentos e com isso teriam a possibilidade de lucrar com a venda de outros produtos de acordo com as necessidades dos usuários.

Levei essa ideia para discussão no ministério, com a Secretaria Executiva, a Secretaria de Atenção à Saúde através da Diretoria de Dispensação de Medicamentos, a ANVISA, a FIOCRUZ e o DATASUS. A equipe se dividiu. O presidente da ANVISA colocou-se em posição contrária. O do DATASUS, por sua vez, assegurou-me de que poderia controlar e auditar o processo, excluindo as tentativas de fraudes ou inadequação às diretrizes do novo programa. O acalorado debate interno chegou ao Congresso. Como parlamentar-ministro ou ministro-parlamentar, fui convidado ou convocado dezenas de vezes para explicar a estratégia da ampliação nacional da distribuição dos itens da farmácia popular, mesmo garantindo o funcionamento da rede própria do programa e a dispensação na rede pública. Literalmente, a suspeita ou interpretação era a de que eu estaria “colocando a raposa para cuidar do galinheiro” e/ou privatizando o programa, o que era uma interpretação enviesada.

Figura 34. Saraiva Felipe, ladeado à esquerda por Fernando Haddad e, à direita, por Francisco Campos



Fonte: Acervo pessoal

Em uma audiência com o presidente Lula, ele tocou no assunto. Expliquei-lhe o impacto de ter medicamentos distribuídos na maioria dos municípios do país, e fui enfático. Quando ele me disse que utilizava medicamento de uso contínuo, afiançei-lhe de que poderia buscá-lo em qualquer farmácia próxima a sua casa. Ele me perguntou sobre a capacidade de

controle da distribuição e segurança dessa ousada estratégia. Chamou e orientou a ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff, para agilizar a implantação do programa, que ele nomeou na hora, descartando qualquer alternativa, de “Aqui tem Farmácia Popular”. Para evitar dispensação de medicamento que não fosse para uso imediato, aproveitamos a ideia de outros países, que cobravam 10% (ou outro valor simbólico) dos usuários a título de coparticipação, o que foi abolido posteriormente.

Através da Portaria nº 491 (BRASIL, 2006f), o MS expandiu o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), utilizando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos. Uma solenidade concorrida no Palácio do Planalto consagrou a iniciativa. Dos 40 mil estabelecimentos cadastrados, em situação tributária regular e com profissional farmacêutico responsável, o interesse fez com que em pouco tempo a maioria aderisse ao programa, passando a funcionar como “farmácias notificadoras” (estavam aptas a receber informações sobre reações adversas dos medicamentos percebidas pelos pacientes). Segundo avaliações feitas entre os usuários, nos anos posteriores o Programa Farmácia Popular e Aqui tem Farmácia Popular, que promoveu a ampliação igualitária do acesso aos medicamentos, atingiu 91% de aprovação geral e 97% em referência ao atendimento prestado.

Esses programas têm sido ameaçados e restringidos. Em 2020, a cobertura do governo federal ao programa foi a menor desde o ano de 2014. Em 2015, eram 34.625 unidades, e esse número reduziu em 2020 para apenas 30.988 unidades. As cidades que recebem o programa também diminuíram a adesão. Em 2016, eram 4.467 municípios atendidos pelo Farmácia Popular, número que caiu para 4.394 em 2021. Além do mais, novas farmácias estão impedidas de se cadastrar no programa desde o final de 2014, e o processo não foi reaberto até o momento. Não há previsão para novos cadastramentos, segundo o MS. Analisando-se diferentes pesquisas, temos a seguinte inferência, que é relevante:

Os impactos estimados do PFPPB sobre a internação hospitalar e a mortalidade por hipertensão e diabetes são apresentados na Tabela 1. Verifica-se que os efeitos do programa sobre as duas variáveis de desfecho se revelam estatisticamente significativos ($p < 0,05$) apenas para a RC. Por exemplo, em 10 anos de exposição a essa vertente, os municípios reduziram, em média, 100,3 internações por 100 mil habitantes e 13,3 óbitos por 100 mil habitantes em decorrência das duas doenças. A densidade da cobertura é uma variável importante na análise. O aumento de um estabelecimento conveniado por 100 mil habitantes, por si só, é capaz de reduzir, em média, 0,69 internações por 100 mil habitantes, com uma elasticidade equivalente de -1,6%. Ou seja, uma ampliação de 1% no número de estabelecimentos em um município diminui, em média, 1,6% na taxa de internação hospitalar por hipertensão e diabetes. (ALMEIDA et. al, 2019, p. 4)¹²⁹

¹²⁹ Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/F3TPwT6CzZJ3Z9V44VrPfvC/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 3 out. 2021.

Pensando na farmácia popular no momento pandêmico, Wilames Freire Bezerra, presidente do CONASEMS, assinala que “o acesso aos medicamentos através do Programa é fundamental para que as pessoas não se encaminhem ao hospital nesse momento de pandemia” (MORGADO, 2021, s/p). O custo de 1 bilhão de reais é alvo da ameaça reiterada de corte pela área econômica do atual governo.

Um ponto alto da minha gestão foi a proposta de reformular o relacionamento entre as três esferas de gestão do SUS. As minhas experiências como secretário municipal de Saúde e, sobretudo, como secretário estadual convenceram-me do esgotamento do relacionamento com o órgão nacional de gestão do SUS. Essa percepção era compartilhada com o CONASS e o CONASEMS. As transferências carimbadas, denominadas “caixinhas”, utilizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para repassar recursos aos estados e municípios engessavam a sua utilização. Das mais de cem “caixinhas”, foram estabelecidos, depois de extensas discussões na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cinco blocos de financiamento, a saber: (I) Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade; (II) Atenção Básica em Saúde; (III) Vigilância em Saúde; (IV) Medicamentos e Insumos; (V) Desenvolvimento Institucional.

Essa nova sistemática facilitaria a definição das políticas e reduziria as iniquidades na distribuição. Eu próprio vivenciei a situação de devolver recursos ao MS, porque, apesar da necessidade, não poderia usar recursos de combate a determinada endemia (tuberculose, malária, Chagas) para uma necessidade emergente, como a dengue. Fazê-lo configuraria, ante os órgãos de auditoria, ato de improbidade administrativa. Além do mais, houve a chamada “incorporação ao contrário”, quando o INAMPS, sob a direção do secretário de Atenção à Saúde do MS, começou a recuperar as velhas prerrogativas de contratar serviços de média e alta complexidade, mesmo que discutindo/informando aos órgãos colegiados. Daí a minha convicção – e ação política – no sentido de que o órgão precisava de uma certidão de óbito.

Em decorrência dessa decisão de dar mais autonomia aos órgãos gestores regionais e municipais, foi necessário estabelecer uma nova forma de relacionamento com eles. Entretanto, mais autonomia deveria estar amarrada com mais responsabilidade. Daí, o que considero um ponto alto da minha gestão, foi que agilizei a formulação da proposta do Pacto pela Saúde, através das Portarias GM/MS nº 399 (BRASIL, 2006g) e nº 699, de 30 de março subsequente (BRASIL, 2006h). No caput da primeira, constava o propósito de Consolidação do SUS e a

aprovação das Diretrizes Operacionais do referido pacto. A segunda regulamentava “as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS”.

O Pacto pela Saúde envolvia três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O processo de construção desses instrumentos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a sua aceitação através de adesão voluntária deveriam resultar em documento próprio, o Termo de Compromisso da Gestão (TCG), respectivo.

O Pacto pela Vida representava a adesão a uma agenda comum que compromissava os gestores em torno de prioridades capazes de impactar a situação de saúde da população brasileira; a definição de prioridades através de objetivos e metas nacionais, estaduais ou municipais, inseridas no TCG; prioridades estaduais ou regionais que levavam em conta a diversidade de situações encontradas, que poderiam ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação regional ou local; e os estados/região/município, por sua vez, deveriam substabelecer pactos necessários para o alcance de metas e objetivos próprios.

Dentro do Pacto pela Vida, o compromisso dos gestores com ações de impacto sobre a situação de saúde da população elencou, depois de discussão na CIT, como prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer do colo do útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, malária e influenza; a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica, que deveria ser o polo indutor da reorganização dos serviços de saúde. Para cada um desses agravos, foram discriminados objetivos e metas regionais e locais, bem como a definição de estratégias e a instituição do processo de monitoramento.

O Pacto em Defesa do SUS compromissava os gestores com a ampliação da discussão de planos e estratégias para a implantação das ações nas diferentes instâncias, com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, qualificando o SUS como política pública. Os gestores se comprometiam, ainda, a destacar a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social; a divulgação da Carta (Cartilha) dos Direitos dos Usuários do SUS¹³⁰; a garantia (ou a luta para) o financiamento de acordo com as necessidades do sistema, com a aprovação do orçamento do SUS composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, bem como o empenho político para a regulamentação da Emenda 29 (BRASIL, 2000). (A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde repercutia a mania, que vinha das minhas estratégias para combater insetos em Montes Claros, de que a informação e a comunicação transformariam pacientes de

¹³⁰ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

intervenções em saúde em colaboradores das ações. Com a carta, eu pretendia transformar usuários do SUS em militantes proativos do sistema. A covid-19 foi mais eficaz nesse sentido.)

Em um seminário, realizado em Brasília em 2008, concluiu-se que

[...] o Pacto em Defesa do SUS é o componente menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado e que, desde a publicação do Pacto, não houve mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS. O teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, prevista no Pacto em Defesa do SUS, não foi pactuado de forma tripartite e tem tido pouca divulgação junto aos usuários. Quanto ao subfinanciamento do SUS, apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios, o orçamento da saúde continua insuficiente para fazer frente à universalidade e a integralidade da atenção. (CONASS, 2011, p. 112)

Com a pandemia, o aumento da visibilidade do SUS e o reconhecimento dos seus méritos, inclusive por detratores tradicionais como a grande mídia, criam espaço para a mobilização para que o SUS cumpra os seus desígnios, desde que tenhamos o compromisso de lutar e mostrar o quanto ele pode melhor servir à grande maioria dos brasileiros.

O terceiro componente, o Pacto de Gestão, estabelecia responsabilidades explícitas de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Partia-se de uma constatação óbvia: o Brasil é um país continental e com grandes diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, teríamos que avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa capaz de dar conta das singularidades regionais. O caminho era a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde, e, deste, para os municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos.

Figura 35. Saraiva Felipe, como ministro da Saúde, na inauguração da escultura em homenagem a Sérgio Arouca, na FIOCRUZ/RJ, 2005



Fonte: Acervo pessoal

O Pacto de Gestão, que tinha como diretriz o processo de planejamento, mirava a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias, e a instituição dos colegiados de gestão regional; buscava a modificação do sistema de financiamento tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforçava os mecanismos de transferência fundo a fundo entre os gestores; instituía, como vimos, o repasse em grandes blocos do financiamento federal e substituía a política de incentivos temáticos ou relações contratuais entre os entes federativos.

Essas decisões representavam, na prática, a impossibilidade do retorno dos repasses carimbados por programas (caixinhas) e da “administração convencional”. Com isso acabavam, por exemplo, os kits de medicamentos, que, quando eu era gestor municipal e estadual, desembarcavam nos municípios muitas vezes sem necessidade. A aquisição de medicamentos passava a ser responsabilidade de estados e municípios, a não ser os mais caros, que ficavam a cargo do ministério por questão de escala, preços e logística de distribuição.

Em todos os passos da construção do novo relacionamento intergestores, era reiterada a importância/necessidade da participação e do controle social, junto com o compromisso de apoio à sua qualificação. A pactuação dava mais autonomia aos gestores, mas os pactuantes deviam ter clara a sua responsabilidade, ao aderirem aos instrumentos, de compromisso com

mais transparência, o que aumentava a permeabilidade e controle social. Por exemplo, os gestores passavam a ter mais liberdade para credenciar leitos ou serviços de diagnósticos.

Assim, as medidas necessárias à execução e ao cumprimento dos compromissos expressos no TCG deveriam estar contempladas no Plano de Saúde (PS), na correspondente Programação Anual de Saúde (PAS) e apropriadas no Relatório Anual de Gestão (GR).

Em dezembro de 2006, já na gestão do ministro José Azenar, através das Portarias GM/MS nº 3.085 (BRASIL, 2006i) e 3.332 (BRASIL, 2006j) foi regulamentado o Sistema de Planejamento do SUS. A primeira estabelecia como instrumentos básicos o Plano de Saúde, a respectiva Programação Anual, bem como o Relatório de Gestão. A outra aprovava orientações gerais relativas a esses instrumentos. Isso consolidava o Pacto de Gestão como eixo de planejamento no SUS.

Uma crítica feita, à época, era a de que estados e municípios usariam as novas atribuições para atender a interesses políticos locais ou cometer desvios. Mais uma vez, o que eu já ouvira desde que comecei a gerir serviços públicos, os órgãos e gestores periféricos seriam mais permeáveis à corrupção. Da mesma forma que a descentralização gestora e instrumentos de planejamento não asseguram ou significam democratização, o nível de gestão concentrada, até pela escala, pode permitir desvios por atacado, como temos visto nas denúncias, investigações e punições. A questão passa por democratização, transparência e mecanismos de controle, bem como pelo envolvimento da sociedade.

Sobre isso, foi elaborada uma coleção pelo CONASS com o objetivo de contextualizar o SUS e tornar mais claro o processo de sua construção para os cidadãos. Recorto, portanto, uma parte que afirma que,

Na prática, os instrumentos de planejamento devem permitir à sociedade avaliar se a gestão do SUS, na respectiva esfera, está capacitada **não apenas a produzir serviços, mas a melhorar as condições de saúde da população, interferindo nos indicadores de saúde e causando impacto na incidência e prevalência das doenças e nas condições de vida.** (BRASIL, 2011, p. 88, grifo nosso)¹³¹

Destaca-se ainda que

O estabelecimento de processo permanente de planejamento no SUS, especialmente do Pacto pela Saúde, poderá garantir grande visibilidade aos compromissos sanitários assumidos pelos gestores na sua implementação, favorecendo não apenas a sua operacionalização em ações de saúde como definindo fluxos de acompanhamento e monitoramento pela sociedade. (BRASIL, 2009)

¹³¹ Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

Em 31 de março de 2006, desincompatibilizei-me do cargo de Ministro da Saúde para disputar o meu quarto mandato como deputado federal por Minas Gerais. O presidente Lula disse estar surpreendido com o meu pedido de exoneração, pois contava com a minha presença na equipe até o final do seu mandato. Nas conversas que tivemos, ele disse que havia gostado da equipe que eu havia montado. E ressaltou a unidade e solidariedade nos encaminhamentos. Sugeriu-lhe aproveitar alguém da equipe, informando-o de que os seus membros conheciam o Ministério da Saúde e tinham compromisso com o SUS, sendo parte deles funcionários da casa. Ele me perguntou se o secretário executivo, José Agenor, tinha militância ou vínculo partidário. Informei-lhe que não. Falei-lhe sobre a sua lealdade e correção. Percebi que ele havia gostado da sugestão. Considerou a sua escolha como uma solução natural. Falou que precisaria de um tempo para contornar eventuais problemas políticos.

Mas, a exemplo de outros ministérios, nomearia interinamente o Agenor. Essa situação demorou quatro longos meses até a sua efetivação, provavelmente o tempo necessário para que os parlamentares de vários partidos, inclusive os do PT e do PMDB, que disputavam o espaço da saúde, se envolvessem nas disputas eleitorais, considerando os pleitos majoritários e a obtenção de mandatos mais importantes do que o cargo provisório.

Em 2007, início do segundo mandato do presidente Lula, o Agenor foi substituído pelo Secretário de Atenção à Saúde (SAS) na minha gestão, José Gomes Temporão, continuando um ciclo de sanitaristas que participaram, desde antes da “Constituição Cidadã”, do processo de construção do SUS; e que tiveram a honra e a oportunidade de colocar o melhor dos seus conhecimentos acumulados e do seu compromisso político-social na consolidação de um sistema de saúde universal, integral, solidário e, não posso me esquecer de ressaltar, gratuito.

Viva o SUS! Viva a democracia! Viva o povo brasileiro!

E AGORA, JOSÉ?

A minha experiência como gestor público é algo *sui generis*, por ter começado num centro de saúde e, sem saltar um degrau, chegar ao Ministério da Saúde. É o momento de fazer uma reflexão sobre o que aprendi, ou julgo ter aprendido, no árduo caminho de quase 50 anos, cotejando o que vi e vivi, a narrativa que construí, a interpretação de coetâneos do mesmo processo e o que perscruto para o futuro do Sistema Único de Saúde.

Esse sistema teve êxitos notáveis. Conseguimos organizá-lo de forma descentralizada e com comando único por ente federado; baixar os indicadores de mortalidade infantil continuamente (2000-2016); ganhar destaque internacional com o aumento expressivo dos indicadores de cobertura vacinal; controlar a expansão do HIV/AIDS, incluindo a disponibilização de antirretrovirais e uma arrojada comunicação. Desenvolvemos, ademais, com a Lei dos Genéricos e dos Programas Farmácia Popular e Aqui tem Farmácia Popular, meios de distribuição de medicamentos gratuitos ou a preços subsidiados, ampliando, corajosamente, o acesso.

Logramos cobrir, ademais, quase 62,6% da população com a Atenção Primária em Saúde (APS), sobretudo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi mais bem-sucedida nas regiões mais carentes do país, cuidando diariamente de 131,2 milhões de pessoas. Também nos tornamos líderes do maior programa público de transplantes do mundo e, com o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU – 192), montamos um serviço ágil e eficiente, reconhecido pela população.

É importante lembrar que a rede de proteção social, engendrada na Constituição Federal, que, além do SUS, incluía a previdência renovada e a assistência social, foi desfeita abruptamente em 1994, deixando o SUS, que já nasceu com problemas severos de subfinanciamento, à deriva, dependendo exclusivamente dos recursos fiscais da União.

Quanto aos recursos, não podemos dizer que o Brasil gaste pouco com saúde. O gasto total em 2016 correspondia a 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB), mesmo patamar dos países ricos, reunidos em torno da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O problema é o baixo gasto público, em torno de 4% do PIB, com viés declinante, em face da crise fiscal trazida pela recessão e dos consequentes (ou inconsequentes) ajustes como a Emenda Constitucional do Teto de Gastos (EC 95), que por 20 anos permite apenas a correção do orçamento federal da saúde pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/IBGE (IPCA) do ano anterior, além dos habituais contingenciamentos.

Assim, o gasto público brasileiro, somando as três esferas de poder, correspondeu em 2016 a 42% dos gastos totais, acentuando mais um sintoma da nossa iniquidade social. A participação pública dos países da OCDE que têm sistemas universais de atendimento é da ordem de 72%. Ressalta-se ainda que a crise do sistema de saúde castiga a maioria dos países do mundo, agravada pelo envelhecimento da população e pela desenfreada pressão pela incorporação de tecnologias e tratamentos, nem sempre agregando eficiência ou eficácia do seu uso, além do desperdício com a utilização de recursos dispendiosos, muitas vezes desnecessários.

Vale ressaltar que, em 2015, a renúncia fiscal do setor (ressarcimentos, isenções previdenciárias, abatimento no Imposto de Renda etc.) foi de R\$ 32 bilhões, ou 23% do gasto federal com saúde. Em 2018, com a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) pela constitucionalidade da indenização/ressarcimento do sistema público quando o paciente detentor de plano de saúde for atendido pelo SUS, a dívida alcançava o montante de R\$ 5,6 bilhões.

A restrição de gastos é agravada pela deterioração dos determinantes sociais da saúde, via sua extensão a outras áreas (Previdência, Moradia, Saneamento Básico, Educação Pública, entre outras). No Brasil já se nota a inversão do decréscimo da mortalidade infantil, a queda de cobertura vacinal, o reaparecimento ou recrudescimento de doenças transmissíveis (sarampo, malária, dengue, tuberculose, febre amarela etc.) e o aumento da prevalência de enfermidades crônico-degenerativas, doenças mentais (que afloram em depressão) e suicídios.

Esse quadro se agravou, extraordinariamente, com o advento da pandemia da covid-19, que ainda potencializou o aumento da pobreza, do desemprego e da pressão sobre o SUS. Outrossim, a pandemia funcionou como uma Caixa de Pandora¹³² dos males sociais. A saúde extrapolou do social ao político. É interessante o que nos diz Žižek (2020), que aponta a insuficiência da lógica do mercado para prevenir os sintomas do sistema em que vivemos, agora agudizados: a fome, o caos, a doença. E o mercado, que parece tornar-se uma entidade *per se* e em prol da qual as decisões são tomadas, pouco tem feito para lidar com a situação. Existe até o medo de que seu poder se amplie; outros receiam que o Estado se expanda em projetos totalitários. A barbárie é temida de ambos os lados. Penso, com Žižek, que melhor é notar o potencial emancipatório que a pandemia pode fornecer – além, como disse, da situação geral pela qual passamos no Brasil.

¹³² Objeto da mitologia grega no qual os deuses guardaram todas as mazelas do mundo: a guerra, a discórdia, as doenças do corpo e da alma, os vícios, a inveja, entre outras. No entanto, nela também estava guardada a esperança.

O desespero e o niilismo devem dar lugar à proatividade. A pandemia conferiu ao SUS um novo estatuto frente ao público; a situação calamitosa da Covid-19, diz Žižek, suscitou o desenvolvimento de formas de solidariedade coletiva, de algum modo refratárias aos imperativos do mercado, e, em algumas partes do mundo, maior atuação estatal sobre aquilo que antes era de ordem privada, mas sob os olhos atentos da população, que avalia a extensão de seu poder. A situação em que nos encontramos abre-nos um espaço político, em vista de um ainda não determinado pós-pandemia.

Com a pandemia e a recusa do governo federal em assumir o seu papel de gestor nacional dos encaminhamentos para o controle da covid-19, vivemos uma situação aparentemente contraditória em relação ao Sistema Único de Saúde: um governo negacionista e desastrado política e administrativamente, de um lado, e o reconhecimento público, de outro, acerca da importância do SUS, a marca que mais se valorizou no país durante a pandemia. Infelizmente, precisamos de uma catástrofe sanitária para que até mesmo a mídia conservadora viesse a reconhecer a imprescindibilidade do sistema de saúde brasileiro, ou, como sintetizou Drauzio Varella, que, “*Sem o SUS, é a barbárie*”. Os efeitos devastadores da pandemia foram mais eficazes para o reconhecimento do SUS pela população do que o nosso discurso de décadas, que o apresentava como uma conquista social.

Essa situação pode ser buscada em um pecado original quando da construção institucional do SUS. Lembro-me de que, enquanto discutíamos um sistema de saúde universal, integral e equânime, a vanguarda do movimento operário, e mesmo dos servidores públicos, manteve em suas pautas de reivindicações o direito a plano de saúde pago pelos patrões e pelo governo – inclusive os do Ministério da Saúde, que deviam liderar nacionalmente o sistema. Quando os formuladores do SUS deveriam ter introjetado a confiança no sistema, nós próprios fomos os primeiros a reivindicar e contar com planos de saúde. Em todo o processo faltou mais diálogo com os trabalhadores, sobretudo com o movimento operário organizado. Este é um problema ainda em aberto: confiamos no SUS para os outros, mas para nós ele não serve?

A situação se complicou ainda mais quando o Congresso Nacional (do qual eu fazia parte) aprovou, em 10 de dezembro de 2014, uma lei que ampliava em muito a possibilidade de atuação do capital estrangeiro no campo da saúde brasileira. Houve uma mobilização de entidades e organizações que trabalham em defesa da saúde pública para que a presidente Dilma Rousseff vetasse o “jabuti”¹³³:

¹³³ Jabuti: é como se chama, no Congresso Nacional, a introdução de artigos aleatórios, díspares e até contraditórios entre si. É uma espécie de “contrabando” legal. Vem do ditado popular de que “jabuti só sobe em árvore por força de enchente ou mão de gente”.

Antes restrito aos planos e seguros, agora o capital de fora pode, de forma direta ou indireta, atuar na assistência à saúde. O que inclui hospitais (inclusive filantrópicos), clínicas e laboratórios. É o que diz, em resumo, o artigo 142 da Lei 13.097 (que altera trechos da 8.080, de 19 de setembro de 1990 que definiu o âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS). (FIOCRUZ, 2016, s/p)

Foi a senha para que o capital estrangeiro entrasse de sola em todas as áreas dos serviços de saúde do Brasil. Fundos internacionais de investimentos vem crescentemente adquirindo redes de laboratórios, planos de saúde, serviços permanentes (como os de hemodiálise) e hospitais de ponta.

Um problema atual é a expansão das chamadas “clínicas populares”, que começou na periferia das grandes e médias cidades brasileiras e já ocupa espaços centrais das capitais do país. O atendimento presto, ao contrário daquele do SUS, e o valor baixo da consulta atraem clientes, que, depois do primeiro atendimento, se necessitarem de ser referenciados para níveis de maior complexidade, são encaminhados para “serviços parceiros” (os que têm alguma condição de pagar) ou, o que é mais comum, para o SUS. As clínicas funcionam quase sempre como uma antessala do Sistema.

Se antes a questão estava afeta à lentidão do SUS para atender consultas especializadas, hoje a postergação do atendimento em razão da pandemia é um alento adicional para a expansão desse atendimento estratificado.

Não bastassem esses problemas, a sanha privatista do governo Bolsonaro/Guedes traz à tona a ideia de mais privatização. O ministro chegou a propor a privatização da “Rede Básica do SUS” como remédio para a crise financeira do Estado brasileiro. Isso em plena pandemia.

Diante da recusa do Ministério da Saúde em fornecer dados, ou da tentativa de manipulá-los, ficou evidente o acerto da estratégia de descentralização (estadualização e municipalização do SUS); esses entes subnacionais, com raríssimas exceções, assumiram as medidas recomendadas internacionalmente para o controle da pandemia, como o distanciamento social, o uso de máscaras e álcool em gel, bem como a mobilização e montagem de leitos hospitalares para o atendimento dos casos suspeitos ou contaminados pelo vírus. Através dessa organização, contando com a firme discordância dos gestores estaduais ou municipais, foi possível aos órgãos de imprensa montar o Consórcio dos Veículos de Imprensa, que proveu informação confiável sobre os números de doentes e casos e o avanço da cobertura vacinal.

O SUS, com o arrefecimento da pandemia, será sobrecarregado com os atendimentos postergados, sobretudo nas áreas de diagnóstico, tratamentos (cardiológicos, cirúrgicos,

diagnóstico e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, cânceres, dentre outros). A maior pressão recairá sobre os serviços municipais, fazendo com que uma frente de luta busque apoiá-los, financeira e tecnicamente.

Há pouco, conversava com um colega empresário da área de educação. Ele me falava de suas intenções de abandonar o mercado exclusivo dos cursos superiores; seu interesse era adquirir empresas de educação *premium* destinadas ao ensino fundamental e ao médio. Curioso, perguntei-lhe quem seria a clientela de sua nova empreitada.

A resposta: “Minha clientela corresponderá a 2% da população de estudantes dessa faixa etária, cujas famílias terão condições de pagar por um curso desses – bilíngue, em tempo integral, com alimentação balanceada e, também, práticas desportivas, que cultivam nos estudantes o espírito competitivo”.

Tudo isso custa muito caro. Não pude deixar de lhe perguntar sobre o restante da população, já que ele previa, para seus negócios, uma quantidade de 2%.

Sua resposta foi esclarecedora: “Espero que a escola pública seja ótima, porque serão necessárias pessoas que depois consumam aquilo que os estudantes formados nas minhas escolas produzirem”. E concordavam que a educação é um caminho incontornável para a mobilidade social e a superação da nossa indecente concentração de renda.

Não faz muito tempo, almoçava com o ex-presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Trazendo à tona lutas de 40 anos atrás, ele me dizia como havia sido uma estupidez a oposição ferrenha que a FBH e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) haviam mobilizado contra o advento do SUS na Constituição. Tal oposição havia sido um erro, dizia ele, porque hoje o SUS é absolutamente funcional e conveniente para o segmento privado. Já vivíamos tempos de pandemia da covid-19.

O agora ex-presidente da FBH e eu éramos inimigos fígadais. Nossas lutas começaram em Minas e se desdobraram no cenário nacional, a partir do *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde* (1979) e na *8ª Conferência Nacional de Saúde* (1986), na qual se discutia a constitucionalização do SUS. E essas lutas eram intensas; eu e aqueles com quem me afinava éramos tachados de “estatizantes”, “esquerdistas”, “comunistas” (aliás, essa pecha consta em um relatório feito pelo Serviço Nacional de Informações – SNI, que tenho em meu poder).

O nexos entre as duas falas é o seguinte: ambos os segmentos ocuparam o seu espaço de acordo com os respectivos interesses. A rede escolar elitizada se contenta com os lucros advindos dos 2% da população mais rica, enquanto os hospitais privados – e/ou filantrópicos – são sustentados pelo SUS, que atende 75% da população, tal qual na época do famigerado INAMPS. Os planos de saúde (ou seguro-saúde) vão muito bem, obrigado. Os lucros são

surpreendentes mesmo quando a economia vai mal, como durante a pandemia. Os subsetores se complementam funcionalmente, cada qual ocupando o quadrado das suas possibilidades e interesses.

Considerando o SUS como o pilar das conquistas sociais no Brasil, alcançado por intermédio de uma mobilização técnico-parlamentar, pelas narrativas acima, parece que vivemos um momento de acomodação de interesses. Para a consolidação e o avanço dessa política pública, precisamos ampliar suas bases políticas e sociais, repolitizar a discussão primordial e retomar o impulso inquieto e transformador da RSB.

Inspiro-me nas palavras de Arouca (2008), que diz que

La creación de un Sistema Único de Salud en el interior de una sociedad capitalista, nada más que es una actualización técnico-administrativa de un aparato estatal, sin que su esencia misma de relaciones sociales haya sido modificada. Por eso es que tenemos que hablar de Salud en la transición, o sea, del Sector Salud como parte de las transformaciones que están ocurriendo en un proceso global y no como una reforma sectorial. (AROUCA, 2008, p. 1)

Ousamos propor algumas ideias-força para o avanço da democracia e do SUS, como a **ruptura das políticas de ajuste fiscal e de austeridade**, que na prática são apenas subterfúgios econômicos para assegurar aos investidores a garantia do pagamento da imensa dívida pública que temos. Lembramos que a melhoria dos serviços sociais e das redes de infraestrutura é uma forma eficaz de redistribuir a riqueza do país.

A **ampliação do investimento público** é incontornável para a construção de um Estado social no século XXI. Mediante a vontade política, qualquer PEC pode ser introduzida ou derrubada, caso haja interesse de encaminhamento pelo Poder Executivo para qualquer uma dessas direções.

A pandemia nos ensinou que não podemos ser tão dependentes de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), respiradores e imunobiológicos (vacinas, reagentes e testes). Hoje, a **reindustrialização do complexo industrial farmacêutico** é uma necessidade de interesse público nacional.

Faz-se necessária uma **reflexão estratégica sobre em que setores econômicos o Estado brasileiro deve atuar** diretamente para respaldar e impulsionar projetos essenciais ligados à construção de uma sociedade mais justa; desenvolvimento sustentável; transição ecológica sustentável; e garantia dos direitos sociais.

É preciso **fortalecer o SUS**, que se tornou durante a pandemia símbolo da importância do serviço público brasileiro, e que seja, cada vez mais, referência internacional de um sistema de saúde universal e equânime.

Também é preciso **recuperar as ideias do direito à saúde**, que iluminaram a criação do SUS nas décadas de 70-80-90 do século XX, dentro de um modelo de seguridade social.

Para Donnangelo (1975), uma das formas de enfrentar o dilema preventivista era ir além da prática ideológica, no sentido de mudar as consciências das pessoas, formar a consciência sanitária, tendo a **reconstrução do SUS** como paradigma de serviço público de excelência.

Cumprir enfrentar diretamente os gargalos (hospitais, exames, especialidades) e **regulamentar o processo de privatização** (hospitais conveniados e OSs). Nesse sentido, é prioritário redefinir a questão das privatizações à luz do interesse público.

Quanto à **inter-relação entre ciência, saúde e conhecimento**, é necessária a superação do modelo de patentes, juntamente à restauração da indústria brasileira de medicamentos inovadora, atualmente mais próxima da realidade da população, que, com a pandemia, passou a enxergar instituições como ANVISA, FIOCRUZ e Instituto Butantan como integrantes do SUS e necessárias à sua saúde. No entanto, ainda não se compreende por que o Brasil não produz o Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) utilizado para a produção de vacinas, por se desconhecer que não apenas a Lei de Patentes, mas os custos de produção são levados em conta para nos alijar da autossuficiência. Devemos considerar que mesmo sob os desígnios da mesma lei, uma decisão política tornou o Brasil pioneiro no fornecimento universal e gratuito para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A Lei dos Genéricos, a negociação dos preços de antirretrovirais e outros medicamentos, coibindo abusos, são caminhos para alcançarmos a **autonomia e a ampliação do acesso** da população aos medicamentos. Há que se considerar o uso das reservas internacionais para adquirir tecnologia e desenvolver uma indústria nacional forte.

Esse é um caminho que precisaremos percorrer para a reconquista da democracia e, dentro dela, a valorização do SUS. Um caminho que não é só meu, mas de todos, dos velhos e novos militantes do nosso Sistema Único de Saúde. Para mim, não há alternativa, como canta o poeta:

Quer ir para Minas.

Minas não há mais.

José, e agora?

Carlos Drummond de Andrade

Figura 36. Linha do tempo: de 1972 a 2021



Pesquisa Narrativa - Interroga-ções

*A pesquisa revisa
Análisa, avisa
Mas sensibiliza*

*E a narrativa é incisiva
Narra ativa
Ou só se esquiva*

*E a palavra orna, contorna
Ou escalavra e se torna
Algo que dói e estorna*

*E o eu objeto e sujeito
Faz-me abjeto e suspeito
Ou me expande, rarefeito*

*E a memória da própria história
(de per sí laudatória)
Não se enviesa, perfunctória*

*E o pesquisa-a-dor
Pesquisa a própria dor
Ou a dor ao seu redor*

*E a tese, em que pese
A antítese,
Tem síntese*

*E a banca, enfim, banca
Se abanca
Ou desbanca*



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **A saúde nas mãos do capital estrangeiro**. Saúde Amanhã – Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. Editorias Financiamento Setorial. 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/a-saude-nas-maos-do-capital-estrangeiro/#.YWWmry_5RpQ>. Acesso em out. 2021.

AIRES, Ildimar Cruz. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG. **Revista de Administração Pública**, N 30 (6), 21 a 36, 1996.

ALCANTARA, Lúcio Gonçalo. **O SUS, o INAMPS e a descentralização da saúde: uma ameaça de retrocesso**. Fortaleza: Stylos Comunicações, 1991. 11p.

ALMEIDA, José Alves de. **Projeto Montes Claros: Embrião do SUS**. Editora Unimontes, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, 2012.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 53. Disponível em: Acesso em 3 out. 2021.

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3). p. 491-494, jul/set, 1995.

AMBROSINI Veronica A, CARRARO Emerson. Impacto da vacinação contra rotavírus no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)** [Internet]. Dez. de 2012 v. 45 n. 4. P. 411-418. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62281>, Acesso 4 de out. de 2021,

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. Interview: Sérgio Arouca. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(2):355-361, 2003. Entrevista. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r56.pdf>. Acesso em 22 ago. 2021.

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 261 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.

AROUCA, Sergio. *Salud en las sociedades en transición*. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 34, n. 1, jan.-mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2021.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** (Impresso), São Paulo, v. 14, n.40, p. 111-141, 1999.

ARTHMAR, Rogério. Voltaire e a visão iluminista do progresso. **História Unisinos**. v. 16, n. 3. p. 379-390,2012. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/issue/view/301>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Meningite: uma doença sob censura?** São Paulo: Cortez; v.1. 1988.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Fernando P. Cupertino de. **A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica**. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 17, p. 15-24, 2019. Disponível em: <https://anaisiht.com/index.php/ihmt/article/view/270>. Acesso em: 06 out. 2021.

BATESON, Mary Catherine. *Peripheral Visions: Learning Along the Way*. New York, NY. Harpercollins Publishers, 1994.

BEVIR, Mark. Governança democrática: uma genealogia. In: **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 19, p. 103-114. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a08v19n39.pdf>> Acesso em: 11 de mai. 2021.

BLOOM, Benjamin. *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook: The Cognitive Domain*. David McKay, Nova York, 1956.

BOSI, M. L. M; GASTALDO, D.. **Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.6, p. 1197-1200. Dez. 2011.

BOURDIEU, Pierre. **O campo científico**. In: Ortiz, R. (Org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 2003. p. 122-155.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. **Aedes aegypti: inseticidas, mecanismos de ação e resistência**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 179-293, dez. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400006. Acesso em 24 ago. 2021.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e previdência - estudos de política social**. São Paulo: Ed. CEBES/ HUCITEC, 1981.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. **Ementário de Atos da CIPLAN: 1980-1988**, Brasília, s. ed., 1989. Disponível em: http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/608/1/Ement%c3%a1rio_Atos_Ciplan_1980-1988.pdf. Acesso em 13 de set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>. Acesso 05 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso 06 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016a. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988a.** De 05 de outubro de 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 400, de 06 de dezembro de 1977. Disponível em: <http://historico.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12606-400.html?q=>. Acesso 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto de 24 de outubro de 2005a. **Institui Grupo Executivo Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/dnn/Dnn10660.htm. Acesso 29 set. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 10.087, de 13 de março de 2006k. **Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/dnn10788.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 4.390, de 29 de agosto de 1964. **Altera a Lei nº 4.131, de 3 de setembro de 1962, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4390.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10708.htm. Acesso 09 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. Acesso 06 out. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 68.806, de 25 de junho de 1971. **Institui a Central de Medicamentos (CEME).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D75985.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. **Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso 06 out. 2021.

BRASIL. Decreto- Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974. **Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6168.htm. Acesso em 28 mai. 2021.

BRASIL. Decreto- Lei 86.329, de 2 de setembro de 1981. **Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP -.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 14 jul. 2021.

BRASIL. Decreto- Lei nº 91439, de 16 de julho de 1985. **Dispõe sobre a transferência da Central de Medicamentos (CEME), do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, e da outras providencias.** (D.O.U. 17/07/1985).

BRASIL. Decreto Nº 94.657, de 20 de julho de 1987. **Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94657.htm. Acesso em 23 ago. 2021.

BRASIL. Decreto nº 99.060 de 7 de março de 1990c. **Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá outras**

providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99060-7-marco-1990-328511-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso 05 out. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 477, de 26 de fevereiro de 1969. **Define infrações disciplinares praticadas por professores, alunos, funcionários ou empregados de estabelecimentos de ensino público ou particulares, e dá outras providências.** (Revogado pela Lei nº 6.680, de 1979). Diário Oficial. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/1965-1988/De10477.htm. Acesso em: 30 mai. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016b. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012b.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 5.540, 28 de novembro de 1968.** Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras

providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 02 jun. de 2021.

BRASIL. Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975. **Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16229.htm. Acesso em 5 set. 2021.

BRASIL. Lei Nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. **Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16439.htm. Acesso em 02 jun. de 2021.

BRASIL. Lei Nº 6.683, de 28 de agosto de 1979. **Concede anistia e dá outras providências.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16683.htm. Acesso em 02 jun. 2021.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 17 set. 2021.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em 30 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993b. **Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18689.htm. Acesso em 14 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 09 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004c. **Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 3.** Anais. Niterói: Fundação Municipal de Saúde. Relatório Final. 1992. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf. Acesso em 5 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006b. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução CIPLAN n. 08, de 08 de março de 1988b. **Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 11 mar. 1988b. Seção 1, p. 3999-4000.

BRASIL. Secretaria de Serviços Médicos. Portaria nº 330 de 24 de novembro de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005b. **Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html. Acesso em 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.** Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006d. **Aprova a Política de Promoção da Saúde.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica (NOB)- SUS nº 2/92**, Portaria nº 234/92. Diário Oficial da União. Brasília. 1992b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006g. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006h. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006e. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 491, de 9 de março de 2006f. **Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”.** Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/portaria-491.pdf>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. **Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.** Diário Oficial da União 1997; 18 dez. OU ESSA https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006i. **Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html. Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006j. **Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 400**, de 06 de dezembro de 1977. Disponível em: <http://historico.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12606-400.html?q=>. Acesso em 09 out. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, COSAC, 1994.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis (UERJ. Impresso), v. 17, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, Fernando Henrique. A questão do Estado no Brasil. In: CARDOSO, Fernando Henrique. **Autoritarismo e Democratização,** Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1975.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. **A municipalização na área da saúde como caminho para se conseguir eficiência e eficácia através da descentralização.** São José dos Campos. 1991. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/630/1/AMUNIC~1.PDF>. Acesso 10 jul. 2021.

CORDEIRO, Hésio. **Controvérsias no financiamento do SUS**. Saúde Debate, Nº31: p. 19-24, 1991. Disponível em:

https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.31+-+mar.+1991&pesq=&x=53&y=9. Acesso 05 out. 2021.

CITELLI, Adilson O. Linguagem e Persuasão. São Paulo: Ática, 1995.

CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011.

COLES, Robert. The call of stories:teaching and the moral imagination. Peter Davison Book: Boston. 1989.

COSTA, Ana Maria, RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon e LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS**. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. 125.

COSTA FILHO, David Capistrano. **A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença**. Saúde em debate 1978; 65-66.

COSTA, Ester de Souza. **Ações Integradas De Saúde, Reforma Sanitária E Poder: Reflexões Sobre Documentos Oficiais**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas - FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1987.

COSTA, Nilson do Rosário. **Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 39, n.3, p. 423-478, 1996.

CZARNIAWSKA-Joerges, Barbara. **A narrative approach to organization studies**. Sage Publications. Chicago: University of Chicago Press. 1998.

DEMO, Pedro. **Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, 1998. DENZIN, Norman K . Interpretive interactionism. Sage Publications: Newbury Park. 1989.

DEWEY, John. **Democracia e educação: introdução à filosofia da educação**. Trad. Anísio Teixeira. 3ªed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

DEWEY, Jonh. **Experiência e educação**. Trad. Anísio Teixeira. 3ªed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979. COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 39, n.3, p. 423-478, 1996.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ESCOBAR, Herton. **A ciência contra o negacionismo**. Cientistas ganham espaço nas redes sociais, mas ainda é preciso crescer muito para superar a influência de grupos obscurantistas. *Jornal da USP. Mídia eletrônica*. 22/01/2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/a-ciencia-contra-o-negacionismo/>. Acesso em 21 jul. 2021.

ESCOREL, Sarah. **O Projeto Montes Claros (PMC): sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas**. In: *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 149-160.

ESCOREL, Sarah. Projeto Montes Claros - palco e bandeira de luta, experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 129-164.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; FNUAP, 1993.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. **Primeira história da medicina simplificada no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 1983.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997a.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997.

FREIRE JUNIOR, Marcos. As práticas integrativas e complementares como instrumentos de saúde e cuidado em tempos de pandemia. (Org.) Ana Beatriz Duarte Vieira. Ponta Grossa /PR: Atena, 2021. (Prefácio). Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/4449>. Acesso em 24 out. 2021.

FUKS, M.; RIBEIRO, E. A.; BORBA, J.. *From Antipetismo to Generalized Antipartisanship: The Impact of Rejection of Political Parties on the 2018 Vote for Bolsonaro*. **Brazilian Political Science Review**, v. 15, p. 1-28, 2021.

GAMEIRO, Nathália. **Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia**. FIOCRUZ, Brasília. 13 jan. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>. Acesso 09 out. 2021.

GASPARI, Elio. **A Ditadura Escancarada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GATTI, Bernadete. **Reflexão sobre os desafios da pós-graduação: novas perspectivas sociais, conhecimento e poder**. Revista Brasileira de Educação, n. 18, p. 108-116, 2001.

GEERTZ, Clifford. **Atrás dos fatos: dois países, quatro décadas, um antropólogo** Col. Antropologia. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2012.

HEGEL, G.W. F. **Princípios da Filosofia do Direito**. S. Paulo, Martins Fontes, 2000.

HUME, David. **Tratado da Natureza Humana**. Portugal. Tratado da Natureza Humana. Trad. D. Danowski. São Paulo: Editora Unesp / Imprensa Oficial, 2000.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura.** Os pensadores Vol. I. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

HEGEL, G.W. F. **Princípios da Filosofia do Direito.** S. Paulo, Martins Fontes, 2000.

KRIEGER, Nancy. *A glossary for social epidemiology.* *J Epidemiol Community Health.* v. 50, n. 10, p. 693–700, 2001.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil.** São Paulo, Editora Alfa-Ômega, 1976.

LEBERT, Nilu. **Jonas Bloch: o ofício de uma paixão.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2009. Coleção Aplauso. Série Perfil.

LIMA DE CASTRO, J.; WILLINGTON GERMANO, J. A Difusão da Medicina Social no Brasil: o Protagonismo de Juan César Garcia e da OPAS. **Revista Cronos**, v. 11, n. 1, p. 219, 4 out. 2016. 81-100.

LISBOA, Vinícius. **Em queda há 5 anos, coberturas vacinais preocupam Ministério da Saúde. Até 2 de outubro, a taxa de imunização da BCG chegou a 63,88%.** 16/10/2020. Agência Brasil. On line. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/em-queda-ha-5-anos-coberturas-vaciniais-preocupam-ministerio-da-saude>. Acesso 05 out. 2021.

LOBATO, Lenaura Costa. Estrutura e relações de poder. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 81-100.

LUNA, Expedito José de Albuquerque. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2002, v. 5, n. 3, 229-243. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/m9MYsBMfVB4zTkDJ3tBx9SG/?lang=pt#>. Acesso em 23 ago. 2021.

MACHADO, Francisco de Assis. **O SUS que eu vivi**. Ed. do Autor: Patos de Minas, 2014.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGRO FILHO, João Baptista, CAMPOS, Francisco Eduardo. Internato Rural. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. III, nº1, Jan/Abr. 1979, p. 31-46.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília. DF: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 4, p. 4-26, 2004.

MIGUEL, Luís Felipe; COUTINHO, Aline de Almeida. A crise e suas fronteiras: oito meses de “mensalão” nos editoriais dos jornais. **Opinião Pública** (UNICAMP. Impresso), v. 13, p. 97-123, 2007.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde: março de 1991 a março de 1994**. Governo do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Mimeografado. s.d.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Paulete Goldenberg (Org.), Regina Maria Giffoni Marsiglia, Mara Helena de Andréa Gomes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOLIÈRE, Jean-Batiste Pocquelin. **O doente Imaginário**. Trad. Maria Toledo. São Paulo: Editora 34. 2010.

MORGADO, Eduardo. **Governo federal reduz programa "Farmácia Popular" durante pandemia.** Portal IG. Mídia eletrônica. 01/04/2021. Disponível em: <https://saude.ig.com.br/coronavirus/2021-04-01/governo-federal-reduz-programa--farmacia-popular--durante-pandemia.html>. Acesso em 03 out. 2021.

NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil - clientelismo e insulamento burocrático.** 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

NUNES, Orlando Vinicius Rangel. **O PROGRAMA CIDADES DE PORTE MÉDIO: planejamento e política urbano-regional no Brasil (1976-1986).** Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília, UnB, 2020.

OLENDER, Mônica Henriques Leite. **A técnica de pau-a-pique: subsídios para a sua preservação.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador- Bahia. 2006.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em 29 de mai. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira.** In: FLEURY, Sônia. A Questão Democrática na Saúde. Saúde e Democracia a Luta do Cebes. Editora Lemos, São Paulo, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1989, v. 5, n. 4. Set 2021], pp. 365-375. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PLptN7WBkLn8MbqKBqK3CFQ/?lang=pt#>. Acesso 27 set, 2021.

PARIJS, Philippe Van. **Renda básica: renda mínima garantida para o século XXI?. Ética e Economia. Estudos Avançados.** 14 (40). Dez 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/4vrMYMq4WCSZZ5xb3nJfGMj/?lang=pt>. Acesso em 15 jul. 2021.

PIMENTA, Fabiano. **Depoimento pessoal em troca de mensagens pelo WhatsApp**, 2021, s.p..

PPREPS, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. In: **Programa de Trabalho.** Brasília, 1976. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ppreps.pdf>. Acesso em 03 jun. 2021.

PORTO, Silvia Marta. **Descentralização de Recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas.** IPEA. 1991. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9250/1/ppp_5_DescRecSaude.pdf. Acesso 05 out. 20219.

RABELO, Rafaela Silva. **Destinos e Trajetos: Edward Lee Thorndike e John Dewey na formação matemática do professor primário no Brasil (1920-196).** Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 285f. São Paulo, 2016.

RESENDE, M. E. L.; DELGADO, L. A. N.. **Universidade Federal de Minas Gerais; memórias de reitores.** 1. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1998.

RICOEUR, Paul. Temps et récit. Paris. Seuil, 1983.

ROSAS, Eric Jenner. **A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS; análise de uma experiência.** Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Rio de Janeiro. 1981.

SANTAYANA, Mauro. **As eleições em Minas e o fim das oligarquias.** Jornal físico Folha de São Paulo. São Paulo, (05/12/1982).

SARAIVA, José Felipe. **Diretrizes e propostas para a administração mutirão na Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social de Montes Claros**. Montes Claros - MG. Jan. de 1983 b. Mimeografado.

SARAIVA, José Felipe. **A municipalização como estratégia para a descentralização dos serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Rio de Janeiro. 1991, 170 p.

SARAIVA, José Felipe. **A implantação do Projeto Integrado de Saúde do Norte de Minas**, Anexo I, Montes Claros/MG, jul. de 1983.

SARAIVA, José Felipe. A Loucura da Psiquiatria (Crítica à extensão psiquiátrica do conceito de norma). Grupo de Estudos sobre psiquiatria e antipsiquiatria. **Revista Nêmesis**, nº 2, s/p, Revista do Centro de Estudos de Saúde da UFMG, 1975.

SARAIVA, José Felipe. Descentralização e Regionalização das Atividades de Saúde. Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. **I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde**. Brasília - DF. Out. de 1979.

SARAIVA, José Felipe. DIAS, João Carlos Pinto. **Doença de Chagas- Ação do CRS/Montes Claros**. 34 p. CRS/Montes Claros, MG, 1981. Mimeografado.

SARAIVA, José Felipe. FONSECA SOBRINHO, Délcio. **Programa Amplo de Imunizações no Norte de Minas (P. A. I.)** 14 p. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/ CRS/Montes Claros, maio - 1981. Mimeografado.

SARAIVA, José Felipe. **O controle do surto de atividade escorpionica em Montes Claros (Convênio Sudene – Prefeitura de Montes Claros)**. Montes Claros, julho de 1984, 21 p. Mimeografado.

SARAIVA, José Felipe. **Relacionamento da Equipe de Saúde na prática da Integração Docente-Assistencial**. 5p, Goiânia- GO, dez. de 1980.

SARAIVA, José Felipe. SILVEIRA, José Carmo da. **Experiência do Centro Regional de Saúde de Montes Claros no controle de vetores da doença de Chagas**. 9 p. CRS/Montes Claros, 1981. Mimeografado.

SCHAFFER, Roy. **Action and Narration in Psychoanalysis**. *New Literary History* 12. 1980 a, p. 61-85.

SILVA, José Agenor Álvares da. **Do socialismo catrumano para o Planalto**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313304>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SILVEIRA, A. C.. **Dengue: aspectos epidemiológicos e de controle**. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*; 31(Supl. 2), 5-14, 1998.

SOMARRIBA, Mercês. Participação e saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: **O projeto de Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 193-206.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**, 2007, 268 f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de. **As práticas integrativas e complementares como instrumentos de saúde e cuidado em tempos de pandemia**. (Org.) Ana Beatriz Duarte Vieira. Ponta Grossa /PR: Atena, 2021. (Prefácio). Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/4449>. Acesso em 02 set. 2021.

STRALEN, Cornelis Johannes Van. **Tese** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: escritoriosaraiva@hotmail.com, em 04 ago. 2021.

STRALEN, Cornelis Johannes Van. *The Struggle over a National Health Care System; the 'movimento sanitário' and health policy-making in Brazil*. Utrecht: FSW/RUU. 1996, 301 p.

STRALEN, Cornelis Johannes Van. Do Projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In: Sonia Maria Fleury Teixeira. (Org.). **O projeto de Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 165-191.

TEMPORÃO, José Gomes. **O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1)**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 3, p. 201-204, set. 2009. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300001. Acesso em 29 set. 2021.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, 2009.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TESTA, Mario. *Planificación Estratégica en el Sector Salud*. Caracas. CENDES/UCV. 1981. Mimeografado.

VAITSMAN, Jeni. Saúde cultura e necessidades. In: FLEURY, Sônia. (Org.). **Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 157-174. 1992.

VIEIRA, Livia Maria Fraga, LIMA, Neusa Maria. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 61-80.

ŽIŽEK, Slavoj. *Pandemia: covid-19 e a reinvenção do comunismo*. Trad. Artur Renzo. São Paulo: Boitempo, 2020.

OBRAS MUSICAIS

ARANTES, Guilherme. **Aprendendo a jogar**. In: *Maioridade*. Disco sonoro. Lado 1, faixa 4. Brasil: Universal Music Ltda, 1997.

BETÂNIA, Maria. **Sonho Impossível**. In: Chico Buarque e Maria Betânia ao Vivo. *Phonogram/Philips*. Disco Sonoro. Lado 1, faixa 2. Rio de Janeiro, 1975. Versão de Chico Buarque e Ruy Guerra (1972), para a música/composição “*The impossible dream*” de *Joe Darion e Mitch Leig*.

BORGES, Lô. **Trem de doido**. Álbum Clube da Esquina. Music Vídeo. Lado 2, faixa 19. Belo Horizonte. 1972.

GOMES, Tino, SOUZA JÚNIOR, Georgino Jorge de. **Montesclareou**. In: *Saudação*. Montes Claros: Bemol/Selo dos Artistas Independentes, Disco Sonoro. Lado 1, faixa 2, Brasil, 1980.

GRUPO RAÍZES. **De trem para Montes Claros**. In: *Olhe bem as montanhas*. Continental. Disco sonoro. Lado 1, faixa 3. Belo Horizonte, 1977.

HOLLANDA, Chico Buarque de. SIVUCA, HOLLANDA, C. B. **João e Maria**. In: LEÃO, Nara. *Os meus amigos são um barato*. Phillips/ Phonogram. Disco Sonoro. Lado 2, faixa 7. 1977.

NASCIMENTO, Milton; BRANT, Fernando. **Nos bailes da vida**. In: *Caçador de mim*. Brasil. Ariola/ Polygram. Lado 2, faixa 8. 1981.

RODRIGUES, Lupicínio. **Esses Moços**. 1973 In: *A música brasileira deste século por seus autores e intérpretes - Lupicínio Rodrigues*. Gravadora SESC Copacabana. CD, faixa 9. 2000.

SEIXAS, Raul. **Metamorfose ambulante**. In: Krig-há, Bandolo! Philips Record. Disco Sonoro. Lado 1, faixa 3. São Paulo. 1973.

OBRAS LITERÁRIAS

ANDRADE, Carlos Drummond de. **A Rosa do Povo**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000. p. 130-132.

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Antologia Poética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Sentimento do mundo**. Rio de Janeiro: *Mediafashion*, 2008. (Coleção Folha Grandes Escritores Brasileiros; v. 4).

ARBEX, Daniela. **HOLOCAUSTO BRASILEIRO: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BOAL, Augusto. **Categorias de Teatro Popular**. Buenos Aires: Ediciones Cepe, 1972.

CUNHA, Euclides da. **Os Sertões [online]**. Rio de Janeiro: Edelstein de Pesquisas sociais 2010. ISBN 978-857982-007-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788579820076>. Acesso em 14 de out, 2021.

GÁLÁN, Juan Eslava. **Eu, Aníbal**. Tradução Hermínio Tricca. Editora Mercúryo. São Paulo. 1990.

GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel. **Viver para contar**. Trad. Eric Nepomuceno. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MELO Neto, João Cabral de. **Morte e Vida Severina e Outros Poemas em Voz Alta**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974. p. 73-79.

QUINTANA, Mario. Mata Borrão. In: QUINTANA, Mario. **Porta giratória**. 3 ed. São Paulo: Globo, 1988. p. 151.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Mediafashion, 2008.

ROSA, João Guimarães. **Primeira Estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

WILSON, Edmund. **Rumo à Estação Funilândia**. Tradução Paulo H. Britto. São Paulo: Companhia de Bolso, 2006.