

O SUS: HISTÓRIAS QUE NINGUÉM CONTOU



Flavio Goulart

2024

Prólogo

Nestes tempos tão sombrios
A gente precisa ter tento
Vem pra cá, diz um lado
Saia do muro, quer outro
Penso no modo dos rios
Que segundo mestre Rosa
Tem margens menos estreitas
Do que as que mal e mal vemos
Primeira, segunda e terceira...
De verdade ainda são mais
A primeira, a da esquerda
A segunda, a da direita
Ou o contrário, pode bem ser
Mas isso é apenas miragem
No fundo há outra imagem
E o céu, lado profundo
Não seria outra margem?
Isso tudo sem esquecer
Que rios correm ao mar
Onde margens e limites
São coisas a desprezar
Assim, amigos, proponho
Não me chamem à sua beira.
Eu e outros – e não é sonho
Apenas estamos adiante
Dessa nuvem de poeira
Que tapa a mente também
Quem sabe estamos no fundo
Ou muito acima, além.

O SUS, este incompreendido

Todo mundo tem um amigo, parente ou conhecido que esteve em uma unidade do nosso sistema de saúde e saiu de lá com alguma reclamação a fazer. Dizem que na Inglaterra, no Japão ou nos Estados Unidos é assim também, mas isso não deve ser argumento bastante para baixarmos a guarda em relação às exigências que devem ser feitas não só em relação ao SUS, mas a qualquer sistema de saúde no mundo.

Eu tenho sido desde sempre um defensor do SUS, aliás, participei de sua construção, como militante do Movimento Municipalista de Saúde representante da Associação Brasileira de Municípios na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, em 1986, colegiado do qual partiram as diretrizes finais para a constituição do sistema. Isso não tem impedido, todavia, que algumas vezes me acusem de ser um “inimigo” do SUS, pois não deixo de fazer críticas ao que ele tem de equivocado ou daquilo que precise ser reciclado no mesmo. Tenho algumas dezenas de textos publicados em meu blog *saudenodf.wordpress.com* demonstrando isso – e não é de hoje.

Aliás, construí até mesmo uma frase de efeito sobre tal questão: é mais amigo do SUS quem tem críticas e sugestões sobre o mesmo do que aqueles que o defendem intransigentemente e se recusam a ver seus defeitos.

Com os textos que exponho a seguir, escritos nos últimos anos, estou menos preocupado com a defesa do SUS – que acabará em cena também em seu conteúdo – mas em contar uma história do mesmo que, a meu ver, ainda não foi contada em suas nuances, às vezes curiosas e até mesmo pouco honrosas. Vejam por exemplo, no primeiro caso, a narrativa intitulada *A imorredoura instituição* e no segundo a descrição que faço das nomeações de representantes municipais para a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (em *O que me trouxe até aqui*). Deixo claro, o que vai aqui não seria jamais a visão do historiador, que não sou, mas também não é a visão do militante obnubilado (aspecto comum...) pelo equívoco de que com tal construção o país “já chegou lá” em matéria de saúde. Com certeza é bem menos que uma coisa e bem mais do que a outra. Aqui e ali me permiti, ainda, acrescentar textos livres que fazem parte de meu livro de memórias – não sendo puramente técnicos e nem ficcionais.

Devo dizer, acima de tudo, todavia, que modéstia à parte tenho o que dizer. Fui Secretário Municipal de Saúde em duas ocasiões, em município de médio-grande porte (Uberlândia-MG); ajudei a fundar e presidi o colegiado de SMS do estado de MG; da mesma forma fui membro fundador e primeiro vice-presidente da entidade nacional de SMS (Conasems); fui membro da Comissão Nacional de Reforma

Sanitária; defendi na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz uma dissertação de Mestrado e uma tese de Doutorado que têm o sistema de saúde brasileiro como temática; sou ainda autor de dois livros e de centenas de contribuições publicadas sobre tal assunto.

Mas ainda assim, não pretendo trazer aqui a voz do acadêmico ou do gestor público, mas sim a voz do ator social que *viu as coisas de perto*, ou seja, que esteve envolvido diretamente com a construção do sistema. Apesar disso, não pretendo e nem tenho condições de ser exaustivo ou rigoroso do ponto de vista formal. Falo do que assisti e participei, apenas, tentando ser honesto e modesto em minhas observações. Em outras palavras, alguém que experimentou na própria pele *as dores e as delícias* (conforme as palavras de Caetano Veloso) do sofrido parto de nosso sistema de saúde. Alguém que entregou horas e dias preciosas de sua vida, com sacrifício de sua família; desconfiança de seus pares e das instituições empregadoras, dadas as viagens frequentes, além de incompreensões diversas, para que isso acontecesse.

De toda forma, meu objeto aqui é memorialista e assim não posso me furtar a falar do que vi e aprendi como pessoa que participou da criação do SUS. Admito que falo nem sempre com carinho, às vezes com decepção, mas sempre com esperança. Trago aqui algumas reflexões produzidas por mim ao longo de minha carreira, bastante enxugadas agora, para felicidade de meus leitores. Nelas busco recuperar um pouco de meu trajeto e de minhas ideias principais a respeito do sistema de saúde brasileiro. Ressalvo, entretanto, que cometo, muitas vezes – e assumidamente – a ousadia de praticar certa iconoclastia, baseada em um lema no qual, a cada dia que passa, acredito piamente: *unanimidade faz mal à saúde*, aliás, não só a tal campo como a muitas coisas mais. Cometo até mesmo a ousadia de (me) expor a uma síntese das ideias polêmicas, verdadeiras *apostasias*, que tive e tenho o orgulho de levantar em relação ao que os militantes mais exaltados chamam de “patrimônio do povo brasileiro”, sendo eu mais modesto ou menos triunfalista do que eles.

Mas atenção: quando uso a expressão *pré-SUS*, aliás, de maneira frequente nessas linhas, não quero dizer que na era *pós-SUS* que se sucedeu tudo tenha mudado – e para melhor. Antes fosse assim! Há coisas que permaneceram estacionárias e outras que até mesmo regrediram. Estamos no Brasil, afinal.

Enfim, posso não ter sido o melhor nem o mais esclarecido nessas lutas, mas creio que, seja por sorte ou virtude, talvez tenha sido alguém que estava na hora e no lugar certos naqueles idos da década de 80.

Para trazer à tona o espírito que me move nestes testemunhos é que me lembrei dos versos acima, de minha autoria: *Nestes tempos tão sombrios / A gente precisa ter tento / Vem pra cá, diz um lado / Saia do muro, quer outro...*

Minha bagagem

Sou docente aposentado na Universidade de Brasília desde 2003 e fui, depois disso, Secretário Municipal de Saúde em Uberlândia, entre 2003 e 2004. Já o tinha sido entre 1983 e 1988, o que registrarei em outro momento deste texto. Fui também docente na UFMG na área da então chamada Medicina Tropical entre 1972 e 1973, depois exercendo tais funções na Universidade Federal de Uberlândia, nos anos 70 e 80. Mais recentemente tive passagens diversas por atividades de consultoria e apoio técnico em organismos diversos, como OPAS, Banco Mundial, Conass e outros. Já trabalhei muito, também, com o Conasems, entidade que ajudei a fundar, mas uma das diretorias do mesmo entendeu que, para exercer tais funções, o indivíduo tinha que ser regionalmente e partidariamente afinado com ela. Daí, dancei...

Como padeço do mal da escrita, publiquei dois livros nos últimos anos: Saúde da Família: Boas Práticas e Círculos Virtuosos (em 2007) e ainda outro, de ensaios e crônicas, A Unanimidade faz mal à Saúde, em 2013, ambos pela Editora UFU. Se pudesse – e tivesse mais competência para tanto – seria escritor. Aliás, isso é o que mais faço atualmente, embora como escriba “de aluguel”, produzido textos e análises para os organismos já citados acima. Ao lado disso mantenho dois blogs, nos quais extravaso textos técnicos, textos literários (se é que me permitem tal licença) e um “diário mínimo” de crítica política e social, além de relatos de minhas viagens. Mais recentemente ando ousando na escrita de textos que pretendo poderem ser chamados de *Contos*.

Há alguns anos recebi uma mensagem por e-mail, de um aluno de mestrado em Saúde Pública que me solicitava uma entrevista para alimentar sua dissertação. Nada de novo para mim, que bem ou mal havia participado de interações com alunos de pós-graduação ou historiadores, interessados no tema da Reforma Sanitária brasileira, da qual tenho sido considerado um “ator”. A tal dissertação tinha como objeto o portentoso nome de *Espaço social de reforma sanitária brasileira / relações entre o campo político e o subespaço militante*. Não cheguei a saber se foi defendida, aprovada ou publicada, pois disso nunca mais tive notícias, como é de costume em casos assim), mas de toda forma me senti lisonjeado de ter sido lembrado. O que mais me interessou nessa entrevista foi a possibilidade, inédita para mim, de me estender e ser instado a me aprofundar para além do foco técnico ou político de minha atuação, já que o objeto da mesma eram os aspectos culturais e simbólicos das trajetórias dos entrevistados. Isso me permitiu elaborar, com muito prazer, aliás, uma espécie de *vista corrida*, que traduz o que foi a minha trajetória de vida e como ela acabou dando no SUS.

Sendo assim, vamos lá.

Nasci em Itabira, MG, em 1948, sendo legítimo representante do baby-boom pós-segunda Grande Guerra, embora não creia que isso tenha me trazido alguma vantagem especial. Fui criado em Belo Horizonte e fiz toda minha carreira escolar em escola pública, do Jardim de Infância à Universidade. Frequentei, por exemplo, o Colégio Estadual de MG, onde estudavam os filhos da elite mineira, inclusive a filha do então governador, Magalhães Pinto, além de um povinho de classe média, como eu, Fernando Sabino, Humberto Werneck, Eduardo Azeredo, Fernando Pimentel e até mesmo Dilma Rousseff, além de muitos outros. Sou de família católica (moderadamente) e há muitos anos me desliguei da Igreja, embora recentemente venha experimentando um reavivamento espiritual junto ao Mosteiro de São Bento de Brasília. Mas isso foi apenas um fósforo aceso que logo se consumiu.

Por que virei médico? Fui quase o tempo todo um aluno pouco competitivo para pensar em fazer um vestibular que já era muito concorrido à época. Mas tive a sorte de fazer o terceiro colegial em uma instituição modelar, além de pública, o Colégio Universitário da UFMG e a partir daí as portas se abriram para mim. O fato é que fui, para minha surpresa, o terceiro colocado no vestibular para Medicina de 1967, na UFMG. Em termos de influências intelectuais ou profissionais familiares, meu pai é um técnico agrícola que acabou se dedicando à área de serviços (transporte); minha mãe, “de prendas”. Tive avô advogado, mas não creio que nenhum deles tenha me influenciado em seguir a profissão de médico. Diga-se de passagem, que na infância ninguém me auguraria tal destino, pois eu era um daqueles garotos que desmaiavam quando viam sangue, mesmo em pequena quantidade.

Como me assumo profissional ou politicamente? Não é que eu negue, hoje em dia, o fato de ser médico, mas não costumo me apresentar como tal, pois estou longe da clínica há muitos anos. Nos hotéis preencho a ficha apenas raramente com este título profissional, preferindo utilizar o título de professor universitário ou consultor. Em aviões já me apresentei como médico, diante daquela famosa convocação “há algum médico a bordo?”, mas por sorte havia outros mais qualificados também presentes.

Em termos de formação política, na juventude tive namoros, primeiro com o Partidão depois com a AP-Ação Popular, mas não posso dizer que algumas dessas adesões, um tanto informais, diga-se de passagem, tenha me marcado. Mas de fato sempre me considerei de esquerda, enquanto tal designativo tinha algum significado. Agora me considero um personagem da “terceira margem do Rio”. Neste quesito, repito o dito de Drummond, quando lhe convidaram a militar no PCB e ele recusou: não sou capaz de convencer alguém a respeito de algo que não estou convencido. Naqueles trágicos anos sessenta, no movimento estudantil, só fiz correr da polícia e cheirar gás lacrimogêneo, mas tive dois irmãos presos e um deles até torturado. Mas não foi só por este motivo que odiei, desde o início, a ditadura e seus agentes.

Na militância política, em Saúde Pública ou em geral, devo dizer que me tornei membro do histórico Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde desde os anos 70, tendo também participado da reunião que fundou a Abrasco – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde coletiva, mas nunca tive cargos nas diretorias respectivas – isso era coisa para quem tivesse paciência e afiliação política ou corporativa – atributos que me faltavam. Quando morei em Uberlândia, tentei fundar um núcleo do Cebes por lá, mas a ideia não vingou, pois eu tinha cargo público e isso despertava certa desconfiança nos potenciais cooptados. Nos anos 80 fui vice-presidente da Adufu - Associação de Docentes da Universidade Federal de Uberlândia, tendo assumido a presidência na metade do mandato. Foi minha única experiência neste campo. Mas devo dizer que, heterodoxo que sou, nunca propus e nunca participei de greves. Greve para mim é contra patrões; sou contra greves que atingem ou prejudicam usuários dos serviços públicos, não só da saúde.

Ainda em termos políticos, por uma única vez, na década de 80, fui por assim dizer “constrangido” a me filiar a um partido político, no caso, o PMDB, ao qual pertencia o Prefeito de Uberlândia, com o qual colaborei como Secretário de Saúde. Foi uma experiência frustrante e durou pouco. Meu voto sempre foi de esquerda, com tendência ao PT, mas desde a experiência acima não fui filiado (e nem quero me filiar...) a nenhum partido político, embora tenha simpatias pelo PSOL. A presença de Eduardo Jorge, do PV, nas eleições de 2014 por quem sempre tive simpatia pessoal, mais do que pelo seu atual partido, me fez não votar em Dilma Rouseff. Mas devo dizer que algumas posições corporativas e sindicalistas do PSOL me deixam desconfortável

Além do citado acima, minha única participação digna de nota, em termos de militância política sanitária, é a de ter sido membro do Observatório de Saúde do DF, uma entidade civil informal, já desativada, que discutia, fazia propostas e as divulgava, tendo como foco a Saúde no DF. Em tal entidade fui encarregado de manter o blog do mesmo (www.observatoriodasaudedf.org), embora tenha andado muito devagar por falta de colaboração de outros membros, pouco afeitos à cultura da internet ou a “deveres de casa”, ao que parece, salvo exceções

Eu e o movimento sanitário. Estive engajado no movimento da Reforma Sanitária desde os anos 80, quando fui Secretário Municipal de Saúde em Uberlândia. A primeira ação de que participei, em termos mais amplos, foi o de criação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde no estado de MG, do qual participei ativamente, tendo até sido o primeiro presidente. Nesta ocasião (1984 em diante) comecei a frequentar reuniões de secretários municipais de saúde, nas quais estava em pauta a criação de entidade nacional. Em 1987 participei do grupo que constituiu o Conasems, em Londrina, e fiz parte da primeira diretoria do órgão, como vice-presidente, entre 1988 e 1989. Mas é verdade que ninguém se lembra disso atualmente, mesmo lá dentro. O

próprio livro que eu escrevi contando essa história em 1998, nos dez anos da entidade ("Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil", editado pelo Conasems com a Abrasco), está esgotado e, mais do isso, esquecido, como comprova o trabalho de duas moças de São Paulo, contratadas para "reescrever" (eu diria de um modo meio estalinista, ao me retirarem da "fotografia") tal história em 2003, na comemoração dos quinze anos da entidade.

Minha interação com o SUS começa com um simpósio sobre Política de Saúde, na Câmara dos Deputados, em Brasília, cerca de 1979, um marco reconhecido nas discussões que originaram o nosso sistema de saúde. Eu estava lá, ainda tentando entender toda aquela muvuca, mas presente. No início dos anos 80 participei da Pastoral da Saúde, a convite do Bispo de Uberlândia, Dom Estêvão Avelar (famoso por ter chegado o dedo no nariz de um general, irmão de J. B. Figueiredo, comandante militar no Pará). Este evento me tornou conhecido em certos círculos da cidade e dele acabou resultando um convite, por parte do Prefeito recém-eleito, Zaire Rezende, para ser Secretário de Saúde, como de fato fui, entre 1983 e 1988. Tal inserção no aparelho de Estado", para mim, não representava contradição. Eu já me considerava dentro dele, por ser professor universitário em Uberlândia e era inserido nisso que eu conduzia minha militância e minhas articulações.

Não foi, entretanto, diretamente como docente universitário, que me vi envolvido na luta sanitária. Não só eu nem ninguém daquela universidade. Também não fui secretário por meus dotes acadêmicos e nem por minha militância partidária. Acho apenas que eu estava no lugar certo, na hora idem, com a referida participação na Campanha da Fraternidade de 1980, a qual me deu notoriedade para ser convidado, mais tarde, para ser Secretário de Saúde. Assim, eu participei de um governo (de um PMDB, digamos, mais progressista) que botava muita fé nos movimentos sociais. Eu, particularmente, me apoiei muito e apoiei também as lideranças comunitárias da cidade, em um movimento nascente e primitivo na ocasião. Foi uma boa experiência, mas em cenários manipulação (pelo alto) e muita disputa fútil (nas bases). De fato, faltava o entendimento de uma dialética de participação, que se fazia muito na base de cooptação ou, de outro lado, dentro de um clima de grande desconfiança e polarização em relação à municipalidade, particularmente quando os interlocutores estavam à nossa esquerda – geralmente os militantes do PT de então.

Em 1986 fui delegado na VIII Conferência Nacional de Saúde. Na sequência, fui indicado pela Associação Brasileira de Municípios como seu representante oficial na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, entre 1986 e 1987. Havia outro representante, membro do Partidão e escolhido diretamente em gabinetes de Brasília. Acho que a minha representação foi, pelo menos, mais legítima. Mas o outro representante, Nelson Rodrigues dos Santos, é pessoa das mais respeitáveis e muito meu amigo até hoje. Na condição de membro da

diretoria provisória do Conasems, ao longo de 1987, participei do lobby (do bem) que atuou junto aos Constituintes, na defesa do SUS. Na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, fui de novo delegado, desta vez pelo Ministério da Saúde, onde eu tinha um cargo de coordenação. Em relação ao lema da mesma, *A Municipalização é o Caminho*, tenho hoje sinceras dúvidas se ainda é adequado à realidade do país, pelo menos encarado assim de maneira direta, *tout court*.

Quanto às pessoas que ajudaram a criar um movimento municipalista em saúde no Brasil destaco uma, em especial: Nelson Rodrigues dos Santos, o querido Nelsão. Sérgio Arouca, figura carismática e popular, apesar de muito badalado, não teve participação tão ativa como dizem, ao contrário, fez intervenções pouco cuidadosas, no sentido de aparelhar a primeira diretoria do Conasems com militantes do PCB. Palmas também para Eugênio Vilaça Mendes, à época (década de 80), consultor na OPAS Brasil, que articulou contatos, promoveu debates e elaboração de textos, além de ter aberto as portas (e os canais de financiamento) da OPAS para a organização primordial do Conasems. Grande Eugênio, que tem sido esquecido nessa história (mas não por mim, evidentemente)! Ainda em termos de nomes significativos, acho que José Eri Medeiros, um dentista gaúcho de Venâncio Aires, segundo presidente do Conasems e atual membro do CNS, é um desses nomes, quase perdidos nas brumas da história. Outro deles é Gilberto Berguio, que foi Secretário de Saúde no Paraná, membro da primeira diretoria, quadro dos mais competentes. Paulo Dantas, do Recife, o primeiro presidente, embora seja lembrado aqui e ali, não teve, a meu ver, atuação digna de nota. Pelo contrário, já assumiu a presidência sabendo que iria se afastar em poucos meses, para se candidatar a vereador em sua cidade – e mesmo assim disputou as primeiras eleições da entidade, sendo favorito dado sua condição de anfitrião do encontro nacional de SMS em 1988. Mas ele já partiu, deixemo-lo descansar.

Em tempo, devo dizer: para mim, a tal “Reforma Sanitária” brasileira foi um movimento de intelectuais sediados em universidades e instituições públicas, geralmente nos grandes centros do país, o qual mais tarde se tentou legitimar como movimento social, de massas – o que ela nunca foi de fato. Agora é só esperar que o céu me caia sobre a cabeça... Confesso (seria um pecado?): nunca discuti saúde em ambiente de partidos políticos. Minha praia era outra, a dos gestores municipais, de forma absolutamente suprapartidária. Portanto, questões que se aplicam a “partido”, como agora me é solicitado, não me dizem respeito (com todo respeito pelos militantes...). Sobre o Cebes. A entidade de fato apoiou o nosso movimento (fundação do Conasems), mas talvez por ter sua pauta congestionada pela reforma sanitária como um todo, seu apoio não se traduziu, por exemplo, em edição de número especial da Saúde em Debate ou promoção de debates específicos. Mesmo a participação de suas diretorias nos encontros de SMS foi pouco expressiva, embora muitos dos presentes, como eu, fossem também associados a tal entidade.

É com este portfolio (ou prontuário) que me sinto qualificado a trazer à luz algumas narrativas que compõe, a verdadeira história do Sistema Único de Saúde. E acrescento a pretensão de que se, de fato, histórias que ninguém contou.

Por favor, me acompanhem.

No princípio não era o SUS

O que conhecemos hoje como SUS – Sistema Único de Saúde nem sempre existiu, embora já estivesse presente, pelo menos ao longo do século 20, um arremedo de sistema de saúde no país. Mas o que era isso, afinal?

Já tentando dar tal resposta, em primeiro lugar, é bom lembrar aos que deploram os defeitos do SUS que o que existia antes dele era pior, bem pior do que o estatuto atual. A partir da década de 20 do século passado, um esforço de dar um mínimo de apoio aos trabalhadores, pelo menos de algumas categorias, levou à constituição de caixas de aposentadoria e pensões. Por ocasião do Estado Novo tal sistema foi ampliado, dentro de um cenário em que o acesso à assistência médica estava irremediavelmente partido entre os cidadãos. Havia os que pediam pagar e o faziam diretamente aos médicos, uma minoria evidentemente. Havia também os beneficiários do sistema de “aposentadoria e pensões”, que na verdade incluía também a assistência à saúde, no qual a existência de vínculos formais de trabalho era essencial. Neste sistema, o pagamento era feito de maneira prévia, como um seguro compartilhado entre empregados e patrões e eventualmente o Estado.

Em tal sistema fragmentado, obviamente, a saúde era um bem a ser adquirido, seja no mercado privado, seja através de uma contribuição previdenciária, realizada de maneira prévia. E a maioria da população não usufruía disso, naturalmente, ou seja, não tinha acesso a uma coisa ou outra, dependendo da assistência gratuita prestada por entidades filantrópicas ou mesmo estatais, porém sem que isso se configurasse como um direito, seja derivado do pagamento da contribuição previdenciária ou pelo pagamento privado direto.

Foi dentro de tal regime assistencial que passei parte de minha vida e dentro dele foi que comecei minha vida profissional. Minha família tinha direito à assistência previdenciária, dado que meu pai era contribuinte de um antigo Instituto de Aposentadoria e Pensões do setor de Transporte e Cargas, chamado IAPETEC. Além deste havia instituições para os Industriários (IAPI), Comerciais (IAPC), Bancários (IAPB), Funcionários Públicos (IAPFESP), além de outros. Cada um desses institutos tinha características próprias, com grande grau de desigualdade em relação ao que ofereciam a seus beneficiários. A

filiação aos mesmos era compulsória, sendo obrigatória que o empregado tivesse sua carteira de trabalho assinada pelo empregador.

Este modelo se sustentou por duas ou três décadas, mas acabou vitimado por uma verdadeira *fadiga de materiais*, que antecede a história do SUS no Brasil.

Entre o Alemão e o Inglês

O surgimento da ideia de Previdência Social no Brasil está intimamente ligado ao período de modernização da economia, a partir dos anos 30 do século passado, quando o país gradualmente deixa de lado o modelo chamado de agrário-exportador para adentrar no urbano-industrial, que prevalece ainda hoje. O país optou por organizar tal sistema inspirado particularmente no modelo alemão, também dito *bismarckiano*, no qual empresas, trabalhadores e Estado se cotizavam para bancar a proteção social composta por aposentadorias, pensões e também algum tipo de assistência médica. De outro lado, o chamado sistema *beveridgeano*, de origem principalmente britânica, caracterizado pela cotização mais abrangente, através de impostos gerais incidentes sobre o conjunto da sociedade.

O sistema bismarckiano, representado no Brasil pelos Institutos (IAP's) referidos acima, foi pujante em suas primeiras décadas de funcionamento, mas posteriormente entrou em sucessivas crises, seja pela diferenciação da noção de direito por parte dos usuários, mas também pela sua relativa incapacidade de suprir aos demandantes o que dele se esperava, particularmente em matéria de saúde. Além disso, ele nem de longe alcançou cobertura significativa da população, seja em matéria de saúde ou de suas outras atribuições, desde que era destinado apenas aos trabalhadores portadores da carteira (de trabalho) assinada e devida e oficialmente registrados nos Institutos de Aposentadorias e Pensões então existentes.

Assim, os anos que antecedem a criação do SUS no Brasil são especialmente marcados pela influência de certo "receituário anticrise" prescrito por agências internacionais para a saúde, particularmente o Banco Mundial, mas também da marcante influência norte-americana na formação ideológica e cultural das elites do terceiro mundo. Nos anos 80, torna-se visível e potente um movimento reformista dos sistemas de saúde minados pela crise, apoiado em uma ampla gama de argumentos, mas de maneira geral convergentes com a denúncia de inviabilidade e irracionalidade daquele bem estar social na sua feição tradicional *beveridgeana*. De forma simplificada tal movimento tem sido denominado de neoliberalismo na saúde e cabe nele uma agenda de propostas reformistas, com forte questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então, e cujo eixo central se concentrou na intervenção estatal.

Aqui há uma contradição, todavia. Enquanto os anos 80 são marcados nos países centrais por tal reação negativa ao Estado de bem estar social, abrindo caminho para uma onda de reformas direcionadas à crise fiscal, ao corporativismo, ao assistencialismo e à especialização galopante dos sistemas de saúde, no Brasil é criado o SUS, que de certa forma aponta em direção contrária. Não há incoerência total nisso, pois em um primeiro momento, nos anos 70, procurava-se, de fato, racionalizar e conter custos, porém sem perder de vista a expansão do sistema, que havia produzido e ainda produzia ganhos políticos importantes. Nos anos 80 e seguintes é que as estratégias convergem de forma acentuada para o controle de gastos e equilíbrio financeiro do sistema, sobrevivendo, então, políticas mais radicais de ajustes fiscais e cortes de benefícios. Nesta etapa, ideias geradas nos EUA relativas a competição e gerenciamento ganharam corpo e se difundiram universalmente, chegando até mesmo ao verdadeiro “santuário” do *welfare-state* na saúde, o NHS britânico.

Altera-se, assim, o paradigma da intervenção estatal no campo social, com foco maior na ausculta e na qualificação das preferências dos consumidores e na contenção de custos, tendo como linhas gerais o foco na universalidade e na satisfação, não mais na oferta); a busca de impacto e priorização aos mais necessitados (*focalização*); a substituição da ação estatal monopolizadora, centralizada, unificada e controlista, pela noção de *mix* institucional, que inclui Estado, setor privado, filantropias e famílias, entre outros aspectos. Disso decorrem novos processos de gestão da saúde, que contemplam financiamento separado da provisão de serviços, financiamento baseado em coparticipação (autossustentação) e recuperação de custos, além de diversas reformas na saúde, com o corte dos orçamentos públicos para a área social, desregulação e afastamento do Estado do processo decisório das políticas e privatização, o que tem sido denominado de *americanização perversa*.

Neste aspecto, no Brasil e em outros países da América Latina a instabilidade da política econômica se mediu pelos planos econômicos sucessivos e de curta vigência durante a toda década, tonando-se também marcante a concentração da pobreza nos espaços urbanos e aumento da polarização entre os mais ricos e os mais pobres. Em nosso país revigorou-se o desenvolvimentismo por via estatal (era Geisel), seguido, desde o final dos anos 70, mas também seguido de certo grau de redemocratização, com importância cada vez maior de novos e destacados atores sociais, tais como, movimentos sindicais, corporativos, “sem-terra” e partidos políticos. Associaram-se a isso a perda de legitimidade do Estado autoritário e a penosa construção de uma “nova ordem”, como novas e crescentes demandas no campo social.

Não foi pouca coisa: uma *era de incertezas e desmoronamento*, sem dúvida; uma crise que longe de se constituir como fenômeno

conjuntural, expressava muito mais uma falha estrutural do modelo de crescimento e de Estado brasileiro, aliás, a mais forte entre os países da região, resultando em um padrão de ingovernabilidade política e de desequilíbrio econômico sem precedentes. Mas nem tudo foi erosão: o Estado nacional brasileiro, deslegitimado, por um lado, passa a ser alvo de mudanças tangíveis em sua forma de condução das políticas sociais, por outro, no qual o caso da saúde chega a ser paradigmático.

Mas não foi só isso. Nem se pode dizer que o que era sólido se desmanchava no ar, pois o sistema fragmentado e instável instaurado pela quimera bifronte formada pela Previdência Social e sistema privado de saúde no Brasil de a muito se mostrava incapaz de dar as respostas minimamente necessárias ao bem estar, particularmente da população trabalhadora.

Saudades da era pré-SUS? Fala sério...

A recente onda de *revival* político instalada durante o governo que passou, com aquela história de que não houve ditadura no Brasil e também que nesta época o país era melhor do que atualmente, parece ter seus desdobramentos também no campo da saúde. Não é que outro dia na fila da farmácia um senhorzinho insistia em afirmar à mocinha à sua frente que na área da saúde “as coisas haviam piorado muito” e que bom mesmo eram aqueles tempos em que as pessoas dispunham de uma “carteira do instituto”? Quanto à primeira parte da afirmativa, poderíamos até lhe oferecer o benefício da dúvida, indagando: *as coisas pioraram para quem?* Mas a segunda parte, que fala da tal *carteirinha*, não tem perdão. É coisa de fato *inafiável* (para dizer pouco...). Para quem não sabe o que é isso (afinal é coisa quase tão antiga no Brasil como o golpismo fardado) eu explico: houve uma época que o direito pleno à saúde era conferido apenas a quem tinha emprego formal e filiação aos antigos Institutos de Previdência (que depois se transformaram no INPS), ou seja, alcançava menos da metade da população do país.

Então, como a saúde no país poderia ter sido considerada adequada em tais tempos? Eu fui testemunha direta de tal história, pois nasci, cresci e me formei em medicina debaixo de tal sistema, perdão, *antissistema*. Havia filas imensas em toda parte, nos serviços filantrópicos, públicos e até mesmo nos previdenciários; mortes em tais filas faziam parte da paisagem, da mesma forma que partos em taxis e viaturas policiais; morriam crianças aos montes por simples diarreias. Para quem podia pagar consultas e internações em *cash* tudo corria bem, mas eram bem poucos os habilitados. Isso para não falar na corrupção incontrolável que regia a contratação de serviços privados (a regra em tal sistema) pelos tais institutos.

Alguém diria: *mas filas e corrupção existem ainda...* Concordo, mas vamos combinar: o SUS, embora apresente problemas, é sim uma

solução, mas definitivamente não é um problema sem solução. Tenho apresentado e discutido aqui neste blog algumas dessas possíveis saídas. Hoje quero mudar o tom, trazendo três relatos (“casos”) de meu livro de memórias (*Vaga, Lembrança* – Brasília, 2021), mostrando aos leitores o que acontecia naqueles tempos em que segundo pontificava o senhorzinho da fila, a saúde era melhor do que no Brasil de hoje.

<<Macrino era o nome do coitado. Vinha de algum sertão de Minas, certamente dos longes do Jequitinhonha ou do além-Montes Claros, que na época eram os grandes armazéns fornecedores de doentes para o Hospital das Clínicas da UFMG. Que doença tinha o tal sujeito? Simplesmente todas! Seu coração era uma bola, embora jovem, já devastado possivelmente pelas insidiosas incursões do Tripanosoma cruzi. O esôfago lhe fazia às vezes de estômago, pela sua dilatação e relativa imobilidade. Como se não bastasse ainda tinha um sopro cardíaco provavelmente associado a uma doença reumática não tratada. Ah, sim, e só ia ao banheiro a custa de lavagens. O rim funcionava como uma máquina maluca, desequilibrando seus eletrólitos como se fosse uma erupção telúrica. Tinha também uma anemia intratável...

Com mais de dezoito anos, ou nem isso, seu corpo era ainda o de uma criança e desafiava a nós todos, residentes de Clínica Médica na enfermaria do quarto andar do Hospital das Clínicas da UFMG, com seu acúmulo de problemas e, principalmente, com a evolução tão grave dos mesmos, considerando sua pouca idade. Macrino estava internado ali há muitos meses. Seu prontuário já não cabia naquelas pastas metálicas, com presilhas flexíveis, que eram típicas dos hospitais da época; ocupava mais de uma caixa daquelas normalmente usadas para arquivar papéis mortos. Havia um dado que deve ser mencionado: uma das linhas de pesquisa daquela enfermaria incluía a Doença de Chagas e Macrino era um “caso” excepcional, a ser revirado e explorado mais a fundo. O problema é que o titular da pesquisa estava fora do Brasil, ou em licença, e não aparecia na enfermaria há tempos. Além disso, aguardava-se a liberação de verbas para aquisição de novos medicamentos, de acordo com o protocolo da pesquisa. Estranho? Nem tanto. Isso era comum na época e creio que ainda seja nos hospitais universitários.

A chegada de novos residentes, entre os quais eu me incluía, não mudou nada na rotina do coitado. Mas nós, jovens e impetuosos, víamos naquele “caso” a chance de demonstrar nossa competência clínica. Certamente devíamos ter pensado que ele só estava ali, por tanto tempo, porque deve ter faltado sabedoria e dedicação por parte de alguém que nos antecederia. Ledo engano. Rever seu prontuário já era coisa quase impossível. O que havia nas tais caixas de arquivo era uma maçaroca de papéis, sem qualquer ordem, seja cronológica ou simplesmente “lógica”. O jeito foi fazer

toda a bateria de novo, coisa que deve ter sangrado o coitado até a exaustão. Mudamos os medicamentos radicalmente, dando ombros para a tal pesquisa que nunca acontecia de verdade e seu titular ausente. Havia novos cardiotônicos no mercado, fora do que era padronizado no HC, mas mesmo assim nos viramos, utilizando as boas graças dos propagandistas de laboratórios, que também precisavam de nossa boa vontade em atendê-los nos intervalos das visitas e prescrições. E vieram os medicamentos, que foram se sucedendo e se alternando.

Mas resultado que fosse bom, nada... E pior, algumas das funções vitais de Macrino começavam a degradingolar. A sensação que tínhamos era a de que ainda não havia sido encontrada a verdadeira causa de tantos achaques. Realmente, a regra médica de que é melhor explicar tudo com um único diagnóstico, em Macrino era definitivamente subvertida. Aos poucos, Macrino foi se incorporando à paisagem, como sempre acontece. Em conversas com um de nós, ele, que era de pouquíssimas palavras, disse que não tinha nenhum interesse em voltar para casa. Vinha de uma família miserável que não tinha como cuidar dele e ali, no HC, era como sua casa, aliás, há quase um ano, onde tinha comida, roupa lavada, amigos e até mesmo alguma valorização, como nós residentes bem ou mal lhe oferecíamos. Às vezes, em uma corrida de leitos, alguém proferia a palavra fatal: alta. Macrino empalidecia. Mas na prática algo assim era realmente impossível. Como botar fora do hospital, ou mesmo da cama, alguém que mal parava de pé? E ele foi ficando. Completou um ano de internação e possivelmente ficou ali muito mais, mesmo com escassas chances de sobrevivência, dono que era de um organismo tão comprometido.

Moral da história: nenhuma... Certas doenças não têm tratamento mesmo, embora seja possível que as novas tecnologias médicas dessem a Macrino, nos dias de hoje, uma vida mais confortável e mais longa, embora certamente não lhe acrescentassem a dignidade de que tanto carecia, por ser tão pobre. Seria desejável que tal situação de “doentes moradores” em hospitais universitários, ligada a razões “de pesquisa”, regra no meu tempo, possa hoje fazer realmente parte do passado. Mas não me permito muito otimismo nisso, pois ainda nos meus tempos de docente da UnB percebia – e certamente isso ainda se mantém – uma visão arraigada de “autonomia” da instituição universitária, que na verdade poderia ser entendida como “soberania”, que era dominante entre meus colegas. Neste aspecto, creio que ganharíamos muito, não só os pacientes, como os que deles cuidam, como o país como um todo, se nossos hospitais universitários fossem de fato incorporados à rede de serviços de saúde e sobre os quais se aplicassem exigências de eficiência, de racionalidade, de controle social e de humanismo que são, ou deveriam ser, demandas imperativas na sociedade moderna.

O pobre Macrino já faleceu há mais de 50 anos, provavelmente, mas seu espírito continua vivo por aí.>>

<<“Esvaziar a enfermaria” era a palavra de ordem que nós residentes de Clínica Médica recebemos ao adentrar na mesma pela primeira vez, um tanto abandonada que estava, por não ter contado com outros residentes no semestre anterior. Tinha virado um bem depósito de pacientes, muitos já quase moradores; outros cuja necessidade de ficarem internados era muito questionável. E pusemos as mãos em tal obra.

Seu Joaquim foi nossa primeira “vítima”. Ele era um homem de quase 80 anos, corpulento, jovial. Sua cabeça bem conformada e seus cabelos brancos faziam-no parecido com Dorival Caymmi, não fazendo má figura como tal, apesar da diferença de idade entre ele e o notável baiano ser de uns vinte anos, pelo menos, na ocasião. Ele era um daqueles pacientes colaborativos, que acreditava nos médicos, particularmente em nossa juventude de residentes esforçados, e tudo fazia para atender nossas recomendações e assim, quem sabe, receber sua alta logo e voltar a seus afazeres.

Seu grande problema era um coração que batia sem pressa alguma... Trinta e oito, no máximo quarenta batimentos por minuto. É que aqueles cabos que transmitem a corrente elétrica de alto a baixo no tal órgão tinham entrado em curto circuito, mais uma vez por obra e graça do terrível T. cruzi, e seu agente contumaz, o barbeiro. Ela viera parar ali vindo do Pronto Socorro Amélia Lins, vizinho do nosso HC, que volta e meia nos fazia aquela remessa de casos, dada a natureza emergencial dos mesmos. A solução para Seu Joaquim era bem simples, mas ao mesmo tempo quase irrealizável nos tempos idos da saúde no Brasil, com a população irremediavelmente dividida entre os que tinham a “carteirinha” do INPS e os que não a possuíam. E Joaquim era “Funrural”, que significava o mesmo que ser um despossuído quase absoluto em matéria de saúde.

A solução? Um bom marca passo. Porém, fora do sistema previdenciário ou privado, consegui-lo era uma verdadeira façanha, que dependia da autorização de uma penca de burocratas, muitos deles remotamente situados no Rio de Janeiro. E para um paciente como aquele, bons meses podiam se esgotar sem nenhuma decisão a vista. E ele nos dizia que seu sonho era voltar logo para casa, reencontrar sua mulherzinha (bem mais jovem do que ele, conforme confirmamos em algumas raras visitas), rever seu burrinho, botar de novo sua carroça para andar e ganhar a vida com algum frete. Um homem de quase oitenta anos e com um bloqueio total do coração, vejam só, precisando ganhar a vida como carroceiro.

Apesar de ser amparado pelo Funrural, Seu Joaquim morava na periferia de Belo Horizonte, reproduzindo, com isso, uma situação que era bem comum na época, ou seja, a migração rural-urbana. Hoje, parece, quem tinha que sair da roça, já saiu; tem gente é fazendo o trajeto ao revés. Mas a palavra de ordem (esvaziar!) precisava ser cumprida, até porque havia pressão na porta de entrada, via Amélia Lins e ambulatórios, para que aquela enfermaria de Cardiologia se abrisse para outros pacientes mais necessitados. Conversa vai, conversa vem, um dos professores conseguiu a promessa de um fabricante de equipamentos que o marca-passo adequado para Joaquim estaria disponível em no máximo quarenta dias. Simples, então: era dar alta e pedir que voltasse algumas semanas depois. Mas cabia dar a notícia ao paciente; temíamos que ele tivesse uma crise de ansiedade com aquilo e que, assim, aqueles trinta e tantos batimentos se reduzissem ainda mais. Constituímos uma espécie de junta, formada pelos residentes que lhe eram mais próximos e depois de muitos rodeios e promessas a notícia lhe foi finalmente repassada. Ele iria para a casa e seria convocado de volta pelo Serviço Social do hospital quando o precioso equipamento estivesse disponível. Joaquim sorriu amarelo, mas resignou-se. A frequência cardíaca manteve-se abaixo dos quarenta batimentos regulamentares, mas sem quaisquer sintomas ou sinais preocupantes. Fizemos-lhe várias prescrições e recomendações, principalmente que não fizesse esforços e evitasse contratempos, se isso lhe fosse possível.

E a vida seguiu. Em poucas horas o leito de que Joaquim ocupara durante muitas semanas já tinha outro habitante.

Um belo dia, duas ou três semanas depois, quem vemos sentado na sala de espera da enfermaria, em pleno procedimento de admissão por parte da enfermagem? Ele mesmo, o Seu Joaquim, vindo mais uma vez do Pronto Socorro Amélia Lins. Estava mais magro e um pouco abatido. Mas o que chamava a atenção, agora, era um enorme curativo na frente, tendo todo o crânio rodeado por uma faixa de atadura, na qual ainda havia manchas de sangue. Ele logo nos explicou o acontecimento. Voltara para casa e chegando lá encontrou a mulherzinha nos braços de outro, que lhe havia também subtraído, para vender, aquele querido burro e a respectiva carroça. Ainda por cima lhe veio com ameaças. Ele correu atrás do Dom Juan com um porrete, mas o mesmo sacou de um revólver e atirou nele, tendo uma das balas lhe alcançado a cabeça. E ele ainda detalhou: me entrou na parte da frente e saiu pela de trás, sem bulir com os miôlo.

E nós residentes, com temor de que ele tivesse uma parada cardíaca apenas com a má notícia de que seu marca-passo ainda demoraria mais algumas semanas para chegar...>>

<<Cliniquei por alguns anos em Uberlândia. Até que a mosca azul (ou cinzenta, não sei bem) da saúde pública me picou e me deixou tifofo para sempre. É que eu tinha alguma formação naquilo que se chamava na época de “medicina tropical”, mais tarde “doenças infecciosas e parasitárias”. A chegada da AIDS, nos anos 80, subverteu tudo. Já não era só uma questão de “medicina” e muito menos “tropical”. O que estava em jogo, agora, eram questões ligadas aos modos de viver, aos comportamentos, às relações sociais (não apenas as “sexuais), coisas assim. Valia para todos os paralelos e meridianos, não apenas nos famosos e tristes “trópicos”. Bactérias e vírus presentes, sim, mas apenas como variáveis de uma equação muito mais complexa. Nada, enfim, que o arsenal médico tradicional fosse capaz de dar conta, com suas vacinas, antibióticos e outras balas milagrosas e equipamentos, além da empáfia profissional. Neste tempo, eu ministrava, na Faculdade onde era recém-contratado, uma disciplina com igual nome e nem sempre havia doentes “tropicais” para mostrar aos alunos. É claro que havia muitos outros igualmente “tropicais”, mas não no sentido que se dava a tal expressão. Quando se internavam casos contagiosos, como de meningite (doença frequente nos anos setenta, censurada pelo regime da época e depois contida graças a medidas de saúde pública), criou-se uma pequena dependência, com três ou quatro leitos, para acolher este tipo de paciente, batizaram-na de isolamento e eu fui escolhido para cuidar do que se passasse ali. Colocava-se ali alguns casos de tétano, coisa que os médicos de hoje só conhecem nos livros, mas esta doença, além de não ser contagiosa, exige ambiente de muita calma, obscuridade e silêncio, para não estimular sensorialmente os pobres pacientes, cujas terminações neuromusculares ficam impregnadas da toxina específica do temível *Clostridium tetanii*.

Péssima iniciativa, logo revertida, pois o tal isolamento ficava no andar térreo do Hospital de Clínicas e logo ali ao lado estacionavam carros de entrega, inclusive de cilindros de oxigênio (que ao serem movidos fazem uma zoada dos diabos) e trafegavam muitas pessoas, inclusive alunos, com a bulício característico da juventude. No mais, apenas se via por ali um ou outro caso de meningite, porque aquelas doenças típicas do famoso livro do Veronesi na verdade já não eram muito frequentes e a terrível AIDS ainda não havia ainda feito sua estreia no cenário. Assim, o tal isolamento, mesmo pequeno, logo ficou ocioso, ou melhor, passaram a tratá-lo dentro da lógica do “desvio de função”, iniciativa tão presente nas instituições nacionais, aplicável a um sem número de situações, por exemplo, em relação a pessoas e áreas físicas de prédios, passando também pelo uso de equipamentos diversos. Em favor de tais práticas, poderíamos argumentar, sendo apenas piedosos, que se trata da notável e

natural “criatividade” dos brasileiros – ou algo assim, o famosíssimo “jeitinho”. E logo o jeitinho se fez...

O fato é que tal isolamento, a enfermaria que eu finalmente poderia chamar de minha, passou a abrigar não apenas os contagiosos da vez, mas toda uma penca de pacientes em condições inusitadas, tendo como fundamento da decisão de mantê-los ali o simples fato de serem indesejados em outros lugares. Por exemplo, por falta de asseio, agitação incontrolável por medicamentos, aspecto repugnante ou mesmo, na melhor das hipóteses, falta de vaga...

Até que um dia me chegou o Seu Antônio, portador de um quadro que me pareceu veronesiano. O homem tinha um nariz enorme, inchado, vermelho, suculento. Seria um Cyrano de Bergerac, mas rude e bem pouco agradável. O tal nasal parecia uma fruta madura, mas isso não o isentava de se mostrar também repugnante, pois tal pomo minava secreção copiosa e, além do mais, perdoem-me a franqueza que certamente ofenderá aos mais fracos: fedia. E o fazia como a evocar um dito de minha avó, certamente herdado de seu pai português: fedia a cães mortos! E o pobre homem mal tinha quem se encorajasse a se aproximar dele, figurava um daqueles leprosos medievais. A suspeita era de blastomicose, uma doença fúngica que costuma acometer as transições cutaneomucosas. Eu havia lido no Veronesi que o apêndice nasal podia ser acometido e se apresentar com um aspecto como aquele, de pepino ou pimentão passado. A história clínica era compatível, dado a visível higiene precária do personagem e sua origem rural, além do curso insidioso. Eu já havia visto, em minha residência médica, no Hospital das Clínicas da UFMG, casos cutâneos e pulmonares, mas nada como aquilo. Examina daqui, examina dali, colhe-se material, esperam-se resultados. E o tempo foi passando, passando, até que um dia o diagnóstico se fez sozinho. O pobre Antônio começa a eliminar pelas narinas – agora tirem as crianças e as pessoas sensíveis da sala – nada mais nada menos do que uma legião de larvas de mosca de berne. Eca! A esta altura, a higiene local com líquido de Dakin, nome sofisticado da popular água sanitária, além da aplicação de compressas de vaselina, que sufoca as tais larvas e as faz cair fora, resolveram a questão em poucos dias. Inclusive a fedentina cedeu.

Esta história só não tem um final realmente feliz porque Antônio era pobre, muito pobre, e vivia sozinho, quase abandonado. Seus hábitos higiênicos eram dignos de um vivente medieval, fosse servo ou senhor. E tendo recebido alta, voltou para sua vida de sempre. Não retornou ao HC, creio, nem para o controle que lhe foi agendado. Nunca mais o vi. Toda essa história, entre o dramático e o escatológico, é trazida aqui por um aspecto curioso, que reproduzo com todo respeito, esperando dar aos leitores um pouco

mais de compreensão entre o que é estar doente, na visão dos próprios pacientes, versus a maneira distante e técnica como os veem os médicos e outros membros da equipe de saúde, que apenas perseguem diagnósticos.

Para ilustrar a resposta que ele deu quando lhe indaguei: Seu Antônio do céu, me diga: como isso pôde acontecer com o senhor? E ele, acanhado, meio se desculpando: pois é seu dotô, não sei não; é que às veis a gente se distrai do nariz.>>

Quanta mudança...

Com efeito, tudo o mais na saúde era bem diferente naqueles velhos tempos do que é hoje, por exemplo, na essência demográfica e epidemiológica; nas características da formação médica e nas condições de exercício da medicina, para bem caracterizar o que esperava um jovem ingressante na carreira médica entre os anos 60 e 70, como foi o meu caso. Tempos melhores ou piores do que os atuais? Para os saudosistas, piores, mas só quem estuda e acompanha a evolução da saúde no Brasil sabe o quanto se progrediu. O que não impede de que se queriam melhoras.

O acesso a uma faculdade de medicina, por exemplo. A maioria delas era pública, com vestibulares muito rigorosos para admissão a elas, o que acontecia inclusive na maioria das escolas particulares. Mas mesmo assim, eu que era um aluno bastante medíocre, mesmo tendo a sorte de estudar em boas escolas (públicas!) e ser admitido, com honras, em uma das faculdades de medicina mais prestigiadas do país, a da Universidade Federal de Minas Gerais, onde entrei em 1967.

Estudar medicina, na ocasião, era uma verdadeira epopeia. A maioria das faculdades eram públicas, mas a entrada nelas era dissociada do ensino público prévio, tendo mais chances os estudantes que fizessem o nível médio em escolas privadas. Neste aspecto, meu caso foi uma exceção, já eu vinha de um colégio público. O fato é que o número total de tais escolas no país não passava de 40, chegando hoje a mais de 300, distribuídas por capitais e interior, ao contrário daqueles tempos, quando se concentravam nas capitais e uma ou outra cidade grande do interior, com sua concentração nas regiões Sudeste e Sul. Tal expansão de escolas médicas se deu a partir dos governos militares, com pico em 2014, com a implementação do Programa Mais Médicos. Ao longo do tempo, além do mais, o ensino médico brasileiro tornou-se, assim, progressivamente privatizado e apenas parcialmente deslocado para regiões diferentes das citadas acima, contemplando cidades de médio e pequeno porte populacional no interior dos estados.

Por ocasião da minha formatura, em 1971, o número total de médicos em atividade no Brasil era de cerca de 60 mil, para uma população de 95 milhões de habitantes, ou seja, menos de um médico por mil habitantes, quando hoje tal cifra é de cerca de 2,6. Tanto naquela época como nos dias atuais era profundamente desigual a distribuição de tal população médica, com grande concentração nas capitais e grandes centros. Mas deve-se admitir que este desequilíbrio vem diminuindo, embora existam muitos lugares no Brasil que carecem de um médico permanentemente domiciliado neles, inclusive a poucas dezenas de km da Capital Federal. Naquela época, a maioria absoluta dos profissionais eram homens, hoje as mulheres tendem a sobrepujá-los, pelo menos nas novas turmas de egressos, não custa repetir que a maioria absoluta das faculdades de medicina do país é hoje de iniciativa privada, cujas mensalidades de custeio chegam a ultrapassar dez mil reais mensais.

Estudos recentes, que vêm sendo repetidos periodicamente, capitaneados por entidades médicas e universidades do país, apropriadamente denominados de Demografia Médica no Brasil (DMB) têm demonstrado um quadro altamente mutante na profissão. Assim, por exemplo, o número de médicos mais do que dobrou no Brasil em pouco mais de 20 anos e mesmo com uma eventual e hipotética suspensão da abertura de novos cursos de medicina, prevê-se um milhão de médicos em 2035. Os números não mentem: se a densidade de médicos por 1.000 habitantes aumentou no país (2,60 em 2023), prevalecem a concentração geográfica e a força de atração dos grandes centros, nas capitais até 6,13/1000 habitantes e no interior 1,84. Nas cidades com menos de 50.000 habitantes, onde vive mais de 30% da população, estão presentes apenas 8% dos médicos, o que significa que a chamada “interiorização” de médicos está longe de ser realidade. Há também forte disparidade na distribuição de médicos entre a rede do SUS e o setor privado e suplementar, com vantagem para este último, onde se atende menos de 30% da população. Assim, quem dispõe de plano de saúde utiliza mais (3,3 consultas por pessoa/ano) do que aqueles que só têm acesso ao SUS (2,3 consultas per capita/ano), sendo útil lembrar que a média de consultas realizadas por médico no Brasil anualmente (1.261) é bem menor do que em países da OCDE (2.122). Menos mal, porém, a graduação em medicina começa a registrar, ainda que com lentidão e atraso, maior diversidade social, tornando-se mais inclusiva para estudantes do ensino público, pretos e pardos, mudança que decorre principalmente das ações afirmativas de ingresso nas escolas médicas públicas.

Já a Residência Médica, que no meu caso abriu portas importantes no exercício da profissão, cobre aproximadamente apenas 8% dos médicos do país. com estagnação da capacidade das instituições e programas em admitir mais médicos residentes, também com fortes disparidades regionais. E o que é pior: apenas 12% dos residentes tem perspectiva de trabalhar majoritariamente no SUS depois de formados.

Uma síntese de tudo isso poderia ser: o Brasil realmente precisa de médicos para cuidar de seus cidadãos, mas isso depende diretamente da sustentabilidade e da ampliação do SUS. Nos termos constitucionais. Entretanto, o subfinanciamento público, o aumento dos gastos privados e a segmentação do sistema de saúde é que determinam a atuação de grande parcela dos médicos, não as necessidades reais da população.

Minha vida profissional antes do SUS

A era pré-SUS ocupou toda a minha vida estudantil, de residente e mesmo vários anos, quase duas décadas, de minha vida profissional. A seguinte história resume bem os percalços de um jovem médico em tal era, ao tentar a vida no interior do país. Mas sinceramente, em termos de preparação para os desafios do dia a dia, ainda mais nas brenhas da nação, desconfio que não houve muitas mudanças no cenário, se não para pior. Mas sejamos justos, tal *letargia* (chamemos assim...) tem mais a ver com fatores que não dependem tanto do SUS, como a política de Educação no país e as pressões corporativas, comerciais ou culturais, por exemplo. Mas de toda forma cabe no setor saúde a crítica de não ter sido tão incisivo ou persistente nas questões ligadas à formação médica.

<<Duas das primeiras pessoas que conheci quando cheguei em São Simão, no finalzinho de 1973, para assumir o posto no serviço de saúde do consórcio construtor da grande usina, foram Nivaldo e Durval. Eram “enfermeiros”, com as aspas devidas, e realmente faziam de tudo um pouco na pequena casa que ainda abrigava os pacientes, já que o hospital definitivo ainda não estava pronto. Caras simpáticos, típicas pessoas do interior do Brasil. Talvez fossem paulistas, pois muita gente que ali fazia o trecho vinha de Ilha Solteira, cuja obra, naquela ocasião estava sendo terminada. Naquele tempo, as obras públicas tinham começo, meio e fim... Como muitos outros ali, talvez tivessem começado a vida na enxada, depois ascendendo à colher de pedreiro até que progrediram e se transformaram em “enfermeiros”. Quando eu disse faziam de tudo, era a pura verdade. Pois a equipe de enfermagem do improvisado hospital tinha apenas uma ou duas pessoas a mais. Mas enfermeira formada em Faculdade, apenas uma. Assim, em plantões intermináveis, cabia a esta pequena equipe ministrar medicamentos, trocar pacientes, dar-lhes banho, medir sinais vitais etc. Mas eu não podia imaginar, à primeira vista, que este tudo era quase sem limite...

Logo na primeira semana que chegamos lá, ainda tomando providências quanto ao desencaixotamento da mudança e tramitando os papéis para contratação pelo Consórcio, fomos, eu e Eliane, solicitados a dar alguma colaboração no hospitalzinho, pois mesmo a equipe médica era muito reduzida, cerca de quatro profissionais dos quais, naquela ocasião, passagem de ano, alguns

ainda estavam de licença em função do feriado. E foi assim que numa tarde calma e ensolarada, último dia do ano, solicitaram a presença de um de nós no cenário, digamos, hospitalar. Como a informação era de que era uma pequena emergência, fui sozinho, deixando minha mulher cuidando das coisas da mudança. Logo que cheguei vi que não era coisa tão simples como dizia o recado que recebi. Numa maca, um adolescente gemia de dor, com o diagnóstico já evidente, um antebraço fraturado que havia se dobrado, bem no meio, em ângulo quase reto. Na janela, que servia de visor de RX, uma radiografia confirmava: rádio e ulna fraturados e até separados, com alguns fragmentos de osso, avulsos, completando o quadro. O danado caíra de um telhado, ou algo parecido. Mediquei e fui atrás de meu colega Kleber Luiz da Silva, ortopedista, que supostamente ainda não havia saído para passar o réveillon fora do canteiro. Naquele tempo, é bom lembrar, não existia telefone celular. Peguei meu fusca e saí em busca do salvador, primeiro em casa, depois em pontos onde ele poderia estar. Ao mesmo tempo a ambulância fazia o mesmo na beira do rio, pois Kleber adorava pescar. Mas nada. Acabei me conformando em enviar o menino para Ituiutaba, que era uma cidade razoavelmente bem servida por hospitais, um tanto ávidos por futuramente, mas atendendo a emergências como aquela. Senti-me um pouco frustrado, mas a verdade é que não sabia lidar com aquilo e, além do mais, a redução da fratura dependeria de anestesia. Voltei então para o hospital, tentando me resignar com a minha impotência em resolver casos assim.

Quando entrei na sala, uma hora depois, surpresa! O garoto dormia profundamente, tinha o braço engessado e o “janeloscópio” mostrava dois ossos perfeitamente alinhados e retificados. Os quase noventa graus tinham se convertido em cento e oitenta, como convêm aos ossos do antebraço. Que coisa boa, pensei, Kleber apareceu e salvou a situação. Mas qual! Logo me surgem na sala os dois artistas do primeiro parágrafo. Com a cara mais limpa do mundo me disseram: já resolvemos tudo, doutor. Gostou do serviço? E eu: como? Kleber esteve por aí? Não, seu doutor, a gente tacamos nele um Inoval, botamos estes ossos no lugar e deu tudo certo... Antes de prosseguir, uma informação farmacológica. Inoval é o nome comercial de uma combinação de drogas potentes com atuação no sistema nervoso central, que podem produzir depressão respiratória, bradicardia, rigidez muscular e, no limite, morte... O que fazer? Em princípio, regozijar, pois em uma coisa Nivaldo e Durval estavam cobertos de razão: tinha dado tudo certo. A família, ali fora, logo veio me agradecer a atenção e o sucesso do procedimento que a “equipe” do hospital tinha oferecido ao filho traumatizado. E em tal “equipe” eu estava incluído, vejam só... O boliviano diretor do serviço apareceu dali a pouco para dizer que estava tudo certo mesmo. O que fazer, repito: chamar a polícia? Denunciar o fato ao CRM? Repudiar minha formação médica que

não me ensinou coisas simples como aquela? Confesso que não fiz nada disso. Recolhi-me, apenas, à minha perplexidade, se não à minha incipiência e segui em frente.>>

Fui parar em São Simão (em Goiás, pois existe uma cidade de mesmo nome em SP) por um motivo muito simples: oportunidade de trabalho. Eu havia terminado a residência em Clínica Médica no Hospital da UFMG e queria correr mundo, não só para ganhar mais, mas também para acolher novas experiências de vida. O mesmo com minha mulher, Eliane. Se tivéssemos ficado em BH certamente teríamos boas chances de vencer na vida, pois para os médicos era um tempo de pleno emprego, e não faltavam opções, desde concursos públicos (mais raros) até indicação de colegas e professores para ocupação de postos em serviços privados, aquisição de quotas em clínicas, abertura de consultório próprio.

Mas queríamos ir para o interior, buscando uma nova vida, em lugares menos movimentados do que a Capital, e ali constituir família, fazer casa, aproveitar melhor a vida. Sonhos bem simples, portanto. E um dia partimos de BH para explorar a vasta fronteira do Oeste do país, passando por Uberlândia (onde não tínhamos então perspectiva de ficar) e Ituiutaba, além de Itumbiara, Goiatuba, Mineiros, Rio Verde, em Goiás.

Estávamos Eliane e eu bem encaminhados em BH, eu como auxiliar de ensino na Faculdade de Medicina da UFMG e ela, mesmo ainda não colocada, era detentora de um bom leque de oportunidades nas mãos. Mas o nosso sonho era rondoniano, ir para o interior, para o Oeste – e para tal destino fomos. Nós dois, que nunca havíamos passado de Pará de Minas na fronteira Oeste, fomos muito além – e disso não nos arrependemos.

No caminho, ouvimos falar de uma grande obra hidrelétrica que então se iniciava, na divisa de Minas com Goiás, a Usina de São Simão, a uma distância – mais de 700 km – suficientemente grande da BH que queríamos deixar para trás. E lá chegamos. O ambiente movimentado, com máquinas e pessoas de diversas nacionalidades, além de milhares de peões brasileiros, aquelas casas novinhas em folha à espera de moradores, a espantosa beleza natural de uma catarata que se estendia por quilômetros a fio no leito do rio Paranaíba – tudo isso nos deixou encantados.

Vimos, vimos e por lá ficamos, chegando de mudança poucos meses depois.

A obra de São Simão fazia parte de um pacote de vantagens oferecida à holding italiana controladora da Fiat, que na época instalava sua fábrica de veículos em Betim, nos arredores de Belo Horizonte. Ali já viviam umas dez mil pessoas, entre *trecheiros* (como eram chamados,

num misto de orgulho e preconceito, os trabalhadores dos diversos escalões na obra) e suas famílias. A vila era um primor de organização e linearidade, devidamente escalonada em estratos de renda, profissão e posição funcional, separando-se devidamente as ruas ocupadas pela Cemig, a contratadora da obra, e aquelas destinadas aos empregados do Consorcio Impregilo-CR Almeida (do qual eu era empregado), que a executava.

Só para se ter uma ideia do apartheid local, havia um clube chamado de *Brancaleone*, dedicado aos top de linha, entre os quais eu e Eliane éramos incluídos. E outro para “os outros”, isto é, gente situada na categoria *nível médio* e abaixo dela, o qual, para fazer graça, em alusão racista, era apelidado de *Pretaleone*.

A palavra *trecheiro* e seus derivados, *fazer o trecho*, por exemplo, fazia da parte da gíria dos operários especializados em grandes construções, muitas delas relativas a *trechos* de estrada. Assim, *fazer o trecho* era uma descrição bem apropriada da vida nômade de muitas dessas pessoas. Mas sem dúvida, para quem tivesse qualificação, mesmo pequena, a paga era boa e, além disso, o Brasil, sob a bota militar, vivia um período de crescimento tido na ocasião como *milagroso*, coisa que o tempo desmentiu.

Em São Simão tivemos flores e espinhos, em profusão. Era bom morar naquela cidade jovem e arejada, como que construída à nossa imagem e semelhança, com um horizonte de planalto que parecia o mar, uma casa novinha em folha e bem aparelhada, tendo à frente um belo cerradão, onde se destacavam pequizeiros e sucupiras-brancas. Além disso, bom salário e um leque enorme de passeios, pescarias e outras aventuras fluviais, além de viagens até mais longas. No Banco de Crédito Real, estabelecimento mineiro que não por acaso estava ali, com foros de monopólio, éramos recebidos pelo gerente com mesuras e rapapés, que incluíam cafezinho e companhia até a porta, na saída. Pudera, meu novo salário chegava a seis vezes o que ganhava na UFMG; o de Eliane outro tanto. Com poucos meses de trabalho já tínhamos um carro novo, um Chevette 1974, que desbancou o nosso Fuscão do início da década.

Havia São Simão “a Velha” e “a Nova”, como acontecia também nos burgos portugueses medievais. A primeira às margens do Paranaíba, confrontante com Minas Gerais do outro lado do rio; a segunda em terrenos mais altos, separadas por dez quilômetros de estrada. Se nos altos a vida chegava a ser bastante aprazível, nos baixios era pura precariedade, com construções de pau a pique, tetos de palha, chiqueiros por todo lado, lixo nas ruas, botecos cheios de homens tomando cerveja em plenas três horas da tarde de um dia se semana. Enfim, o legítimo Brasil da época – e de sempre. Na entrada da cidade, um autêntico monumento nos saudava: a *Buater Danubiazul*, um tosco barracão de paredes azuis desbotadas, com o desenho de uma bailarina

seminua a convidar os incautos para apreciar as benesses que ali dentro eram oferecidas.

Os espinhos acima referidos foram trazidos pelas condições penosas de trabalho, com ritmos escorchantes de atendimento, chegando a várias dezenas de pacientes em um só turno – cheguei a contar oitenta em uma ocasião. Uma anestesia, que tive de fazer às pressas para Eliane liberar um bebê por cesariana, me fez envelhecer dez anos em apenas uma hora – tinha lá eu preparação para fazer aquilo? Só que não havia outro jeito.

Se fosse só isso poderíamos até suportar, mas nosso problema maior era o diretor do Hospital do Consórcio, uma anta boliviana de má catadura, sempre fantasiado de doce lhama, mas mau caráter como ele só. Assim findando um ano de contrato, Eliane grávida e prestes a dar a luz a Daniela, fomos baixar em outro centro, no caso, Uberlândia.

Medicina pré-SUS: Uberlândia, um caso emblemático

A cidade de Uberlândia já era, na ocasião, um *sonho feliz de cidade*, como disse Caetano a respeito de Salvador. Mas a felicidade ali era dada pelo padrão de renda e consumo, superior à média nacional, o que conferiu a um polígono formado, entre outras cidades, por Ribeirão Preto, Uberaba, Barretos, além de Uberlândia, o designativo de *Califórnia Brasileira*, meio pretensioso, como era de costume naquela época de (falsos) milagres. Nada de praias, surfistas, hippies, *pontes douradas*, grandes universidades, claro, mas em compensação muito progresso, muito dinheiro circulando. A escola de medicina, fundada cinco anos antes, nos abria boas chances profissionais. Não estávamos mais no interior verdadeiro, antes sonhado, mas com certeza em uma cidade onde a qualidade de vida era bem melhor do que a BH e a São Simão que deixamos para trás, como logo se confirmou.

Chegamos lá em 1975, em um momento em que havia vários lançamentos de carros pela indústria nacional. Alguns nem haviam chegado a BH, mas na Praça Tubal Vilela, a principal da cidade, era possível matar a curiosidade a respeito de todos os modelos novos, já numerosos por lá, estacionados nas laterais, onde havia, para nossa admiração, parquímetros automáticos. Mais *american way of life*, impossível... A vizinha Uberaba, que disputara por décadas a primazia de ser a maior cidade do Triângulo Mineiro e uma das maiores do estado, já havia sido totalmente desbancada pela sua antiga criatura, a *Uberabinha*.

A Escola de Medicina fora criada em 1968 sob a forma privada de gestão. Para seu erguimento juntaram-se os fatores que fizeram da própria cidade um exemplo de desenvolvimento: o ímpeto e o empreendedorismo local; a rivalidade e a concorrência com outras cidades do interior (poderia ser tanto com Uberaba, como Ribeirão Preto

ou Goiânia); a convergência de financiamento privado e público (de preferência este último); sua posição estratégica, muito reforçada pela construção de Brasília e, além disso, e acima de tudo, a pujança política da cidade, à época berço e sede da potestade chamada Rondon Pacheco. Cabe lembrar que 1968 foi também o ano das manifestações de Paris, da marcha dos cem mil no Rio de Janeiro, da morte de Che Guevara; mas nada disso parece ter tido impacto sobre a comunidade local, particularmente aquela parcela que agora podia viver o sonho de *ter (ou ser) um médico na família*, tão acalentado pela classe média brasileira.

Havia peculiaridades realmente interessantes na cidade, particularmente no campo da saúde, para o qual fomos atraídos. A faculdade era um produto direto da rivalidade com Uberaba, que já tinha a sua havia uns bons vinte anos. Os uberlandenses não mediram esforços, durante todo esse tempo, em montar sua própria máquina de fazer doutores. E até que foram bem-sucedidos. Mas, em termos de oferta de serviços de saúde, enquanto Uberaba já havia se aberto à nova realidade, em vigor desde os anos cinquenta, a medicina previdenciária, Uberlândia resistia. Uberaba já tinha o seu PAM – Posto de Assistência Médica dos antigos Institutos IAP – Uberlândia, não – e os médicos locais se orgulhavam disso. Em uma cidade, Uberaba, era comum ver os médicos atenderem em seus consultórios clientes encaminhados pela Previdência, mediante remuneração por serviço prestado, mas nem isso era possível em Uberlândia.

Duas histórias curiosas desta época.

Dr. Manuel Teixeira de Souza foi um médico querido em Uberlândia, nos anos cinquenta. Progressista, à sua maneira, do ponto de vista político, getulista ardoroso, era filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro. Ao que parece, misturava ideologia com sentimentos caritativos e aspirações políticas, o que de resto é muito comum entre os políticos brasileiros. E assim virou vereador – o que também não é nada de novo entre médicos, de ontem, de hoje e de sempre. No Legislativo municipal sua luta principal era para de trazer alguns dos benefícios previdenciários para a cidade na qual as pessoas, apesar de pagarem as contribuições compulsórias, não tinham tal direito. E entre esses benefícios, dois dos mais temidos pela curriola médica: o PAM, já citado, e o *Samdu*, que era um serviço móvel de emergências, muito parecido com o SAMU de hoje. Ora, tais coisas colocavam em risco alguns dos principais ganha-pães da turma médica de então. Não sendo possível dissuadir o bravo Manuel de suas ideias, sua expulsão da Sociedade Médica de Uberlândia foi tramada e se concretizou. Quando veio a *redentora*, em 1964, o pobre homem foi dos primeiros a ser preso, torturado e processado. E seus delatores médicos ainda estavam ativos quando lá chegamos, dez anos depois, sendo apontados com alguma crítica, mas também com temor e reserva.

A outra história é mais pitoresca, mas também com tintas de dramaticidade. A ausência de serviços previdenciários e gratuitos em Uberlândia era um drama local, que fazia com que muitos pacientes que não podiam pagar as consultas particulares tivessem que se deslocar até Uberaba, distante cem quilômetros ao Sul. Havia transporte por ônibus, em via asfaltada, desde o início dos anos 60. Apesar disso muitos preferiam ir de trem, sim, de trem, um luxo disponível por lá ainda nos anos 80. A viagem era um pouco mais demorada, mas muito mais confortável, principalmente para quem necessitava usar muleta, cadeira de rodas, equipamento para soros, oxigênio etc. E por sorte – ou mesmo por determinação da diretoria da antiga Cia. Mogiana – havia um comboio que passava por Uberlândia nas primeiras horas da manhã, com conexão para retorno no final da tarde. Menos mal, mas uma solução definitiva só apareceu, de fato, em meados dos anos 70.

E tal solução aconteceu quando a fundação mantenedora da faculdade de medicina, dirigida com clarividência por Gladstone Rodrigues da Cunha Filho (a quem dediquei uma seção de minhas memórias) e de quem tive a honra de ter me sucedido, muitos anos depois, na Secretaria Municipal de Saúde da Cidade. e graças também ao poder político da cidade (de novo Rondon Pacheco) obteve, de forma praticamente inédita no país, sua inserção no recém inaugurado Convênio MEC-MPAS, no qual os hospitais universitários passaram também a fazer parte da rede do INPS, depois Inamps, recebendo recursos para tanto. Aí, então, o trenzinho-ambulância da Mogiana deixou de fazer sentido. E a orgulhosa medicina da cidade teve que se resignar, embora contrariada.

As mudanças foram radicais depois de tal convênio. A faculdade expandiu expressivamente sua área física e sua capacidade de atendimento, não só na medicina como na odontologia. O próprio bairro Umuarama, um empreendimento imobiliário meio paralisado, onde o Hospital Universitário se localizava, explodiu, em termos de ocupação e de valor do metro quadrado, dado seus novos atrativos econômicos e o fato de muitos professores e funcionários passarem a morar ali. Mudou até de nome, embora de modo informal, pois passou a ser conhecido como “Medicina”. Até a empresa concessionária de transportes coletivos na cidade criou uma nova linha com origem no centro da cidade, que atendia pelo mesmo nome, bem específico: *Medicina*.

Quando a escola de medicina foi finalmente federalizada, graças á ação dos políticos uberlandenses de sempre, Rondon e Homero Santos à frente, passando a fazer parte da Universidade Federal de Uberlândia, em 1978, a infraestrutura da área da saúde, em termos de recursos físicos e humanos já era bastante expressiva. Na área da saúde, com certeza – e talvez em outras também – a nova universidade, sem dúvida, começou com pé direito.

Uberlândia fez parte daquele movimento já citado que teve seu foco inicial na região de Ribeirão Preto, denominado de *Califórnia Brasileira* e caracterizado pela conjunção de círculos virtuosos envolvendo influência política; inserção nas vias de acesso à Capital Federal; incentivos fiscais generosos e, sem dúvida, espírito dinâmico e empreendedor de sua gente (mas que, apesar disso, nunca dispensou a ajuda do Estado).

Malgrado seus avanços, a cidade tinha também seus traços de provincianismo incurável, por exemplo, nas relações autoritárias entre governantes e governados, no bairrismo, no conservadorismo, no machismo. Para quem vinha de BH, como Eliane e eu, onde havia mais arejamento social, de certa forma era incômodo ir a eventos sociais nos quais persistia, de forma rigorosa, a separação entre ambientes (e conversas) masculinos e femininos. De forma crítica e um tanto impiedosa, depois de ter frequentado centenas de galinhadas e churrascos regados a muita cerveja – a forma ideal de se festejar qualquer coisa, segundos os locais – eu às vezes pensava comigo mesmo ou comentava com amigos de fora que não sabia como tinha adquirido não apenas dez, mas vinte ou trinta quilos a mais, nos quinze anos que vivi na cidade. E que me dava por gratificado por não ter aprendido a gostar de música sertaneja...

Ainda no capítulo do provincianismo, dedico algumas poucas linhas à atuação espírita e seus reflexos na política local. Que o céu não desabe sob minha cabeça e que almas não venham a me assombrar... Como se sabe, o Triângulo Mineiro, reduto de Chico Xavier, tem marcante presença deste grupo religioso em suas cidades. Em Uberlândia, onde tudo era grande, também a atuação dos espíritas era abrangente na área da saúde. Eles tinham ambulatórios, programas de distribuição de medicamentos e alimentos e até mesmo um hospital psiquiátrico – pequeno, mas ainda assim marcado pela irracionalidade e desumanização de outros tantos *loucocomios* pelo Brasil a fora, embora ali se praticassem pretensas *curas pelos evangelhos*. Este, entretanto, acabou por si próprio, terminando seus dias, nos anos 80, como mera residência relativamente fixa destinada a pessoas que já não tinham lugar para ficar.

Com os diversos programas de índole kardecista voltados para a saúde a contenda nem sempre foi fácil. A distribuição de bens, por exemplo, tinha um padrão medieval: um carro parava nas ruas da periferia e a ele acorria, de forma quase imediata, uma pequena multidão, disputando, sem exagero, *a tapa*, o que se trouxesse naquele portamalas, fossem roupas, utensílios, alimentos ou o que era pior: medicamentos, quase sempre amostras grátis arrebanhadas em consultórios médicos, além de cartelas e frascos já em uso. Sem exame, sem conversa, sem receita. Contra isso tive que pegar pesado, enfrentando a ira conservadora, provinciana e religiosa, contumaz na cidade.

Uma história que bem ilustra a influência espírita em Uberlândia: quando houve uma enchente do Rio Uberabinha, em 1983, uma das mulheres, pobre e idosa, que lá vivia teve que ser removida. E o que lhe era oferecido era uma casa na parte alta da cidade, recém construída dentro de um projeto habitacional para pessoas de baixa renda. Casa pequena, mas certamente muito mais digna do que aquele barraco de tábuas e lona em que até então habitara. Ela se recusava a sair usando um argumento muito singelo (e certamente sincero), que ouvi pessoalmente: *quero ir pra lá não, doutor; lá deve ser muito ruim de campanha*. “Campanha” era o nome que os espíritas (e seus beneficiários) davam aos mutirões de entrega de alimentos, roupas e medicamentos, de porta em porta, sem qualquer critério ou triagem de necessidade real. E uma casa firme e digna, livre de enchentes, era tudo que as “campanhas” não se interessariam em dar cobertura.

Mais um *causo* só, que espero não me incriminar em ter alguma antipatia incurável por Uberlândia – coisa que na verdade não tenho – apenas me dou o direito de criticar, sem deixar de admirar esta linda cidade. No início dos anos oitenta (ou final dos setenta, já não me lembro bem), o *Fantástico* realizou uma matéria sobre Grande Otelo, notável cidadão de Uberlândia, embora pouco reconhecido localmente como tal. A matéria, como costuma acontecer no vetusto programa das noites de domingo, se esmerou em juntar coisas díspares e assim, junto com cenas de congado (que ainda representa uma linda e autêntica manifestação cultural na cidade) e de ensaios de escola de samba, não deixou de exaltar o progresso da cidade, com suas mansões, clubes, fábricas, rebanhos, universidade e quejandos. O comentário do dia seguinte, emanado seguramente do *Butantã* (apelido jocoso de um café na esquina de Santos Dumont e Afonso Pena, onde se reunia a elite boiadeira e especuladora local) ou de alguma de suas filiais pela cidade foi impiedoso: *Com tanta coisa bonita para mostrar em Uberlândia, a Globo tem de dar tanto destaque a esta negrada dançando e cantando?*

Mas é preciso admitir: Uberlândia também é uma cidade de resistência cultural e política. Na cultura, não só pela presença do congado, como também de outras manifestações afro, além de ser um caldeirão de influências derivadas de sua miscigenação natural, como cidade polo, sede de afluxo para variadas correntes migratórias, de norte a sul do Brasil, além dos amplos *sertões* centrais e nordestinos.

Na política, foi notável a presença da esquerda, que variou desde a representação comunista na Câmara de Vereadores local, quando o PCB ainda era legal e mesmo depois disso, até os intensos distúrbios de rua contra a carestia e o desemprego, na década de sessenta. Ainda ecoam por lá, designando praças e viadutos, nomes como os de Fausto Cupertino, Roberto Margonari, Virgílio Mineiro, Afrânio de Azevedo, João Jorge Cury e outros líderes de esquerda dos anos 40 e 50.

E não posso deixar de citar com muito orgulho – e esta não será a única oportunidade – de ter feito parte das duas administrações municipais capitaneadas por Zaire Rezende, ente 1983 e 1988 e depois entre 2001 e 2004, que representaram, para a cidade, o surgimento de um novo modo de operar a gestão municipal, em termos de saúde e de outras políticas públicas, revertendo nestes dois momentos, com maior sucesso no primeiro deles, o modo tradicional desenvolvimentista e especulativo de governar a cidade, como se ela fosse uma capitania hereditária e não um lugar de vida para cidadãos verdadeiros.

Enfim, quando estive presente no cenário, nessas duas ocasiões, posso não ter sido a *pessoa certa*, mas certamente alguém que estava no *lugar certo*.

Lepra, tuberculose, vacinas: a pobre Saúde Pública pré-SUS

Em 1976, um ano após minha chegada em Uberlândia, arranjei um segundo emprego, como, aliás, é comum entre os médicos de hoje e de sempre.

Faço um parêntese: quando alguém ouvir falar que os sindicatos e associações médicas pleiteiam maior ordenamento e regularização das condições de trabalho da profissão, não acreditem! Aos médicos sempre interessaram os regimes liberais de trabalho, mesmo que isso lhes custe impraticáveis jornadas de oitenta horas semanais ou, em outras palavras, mera simulação de se estar presente estando ausente. Mas vamos ao caso que me propus a contar.

Um colega, Evandro Guimarães de Sousa, que dividia consultório comigo, havia assumido a Diretoria Regional de Saúde sediada na cidade. E dispendo de uma vaga de “supervisor” indagou a mim se eu não me interessaria em preenchê-la. Concurso? Isso não se usava então. Era caso de ir a Belo Horizonte e conversar com alguém de prestígio na Secretaria de Estado. E assim fiz.

Por sorte havia me encontrado, nos dias em que ocorreu o convite, com José (Zecão) Teubner Ferreira, meu amigo da UFMG, que tinha um posto de destaque na SES. Falei com ele e – zaz – a vaga ficou afiançada para mim. Passados poucos dias assinei contrato com a Funed, órgão anexo da SES que cuidava deste tipo de coisa. Percebi que era um contrato de quarenta horas semanais, que se somariam às outras quarenta que eu tinha na Faculdade de Medicina. Façam a conta... Mas meu amigo me garantiu que não haveria problema, pois eram funções “integradas” – seja lá o que isso for.

Tempos depois descobri que, na verdade, o convite tinha sido feito também a outro médico recém-chegado a Uberlândia, Jansen Cunha Lima, que teve o azar de aportar a BH alguns dias depois de mim, que então já estava contratado.

E assim, cheguei à DRS (na época CRS, de “Centro”) sem funções definidas. Evandro me determinou que eu supervisionasse o atendimento em tuberculose e hanseníase em toda a região. Aliás, naqueles tempos de domínio do Inamps, o papel da SES se limitava a uma triste e pobre tríade: tuberculose, hanseníase e imunizações. Um sistema unificado e integrado de saúde era apenas um sonho, remoto.

Tratei de cuidar de tais tarefas da melhor maneira que pude, viajando aos municípios, que eram 27 na ocasião, e fazendo entrevistas com os responsáveis pelo atendimento. A interlocução cotidiana era feita – imaginem – por cartas e pacotes de exames e radiografias. Nem telefone disponível havia. Quinze dias, no mínimo, para a informação ir e voltar. Ainda bem que a maioria dos médicos, se não todos, sabia muito bem o que devia fazer e as mensagens que me enviavam eram bastante burocráticas; e também às vezes pouco fidedignas, eu desconfiava.

Havia também as viagens, ditas de “supervisão”, que deviam ser feitas em um único dia, pois não havia recursos para diárias de pernoite, apenas para refeições. Assim, a gente saía de Uberlândia de manhã para acessar municípios que felizmente não distavam mais do que 160 km da cidade e à noite já estávamos em casa novamente. Era uma questão de sorte encontrar alguns médicos trabalhando, pois o emprego era em tempo parcial e no serviço público de saúde, como se sabe, as horas médicas possuem a estranha capacidade de contarem em dobro ou triplo. Mas se fazia o que era possível.

Já na época me deparei com um fenômeno peculiar que me acompanhou nas outras instâncias onde trabalhei e nas quais as viagens faziam parte do cenário. Refiro-me à disputa de algumas pessoas, não necessariamente de escalão mais baixo, em busca de oportunidades de viajar, pelo simples acréscimo de vencimento que lhes era possibilitado pelas famigeradas “diárias” – que eram uma merreca, diga-se de passagem, principalmente se do tipo parcial, para alimentação. Alguns levavam matula para não ter despesas com refeições e assim poupar alguns trocados. Assim, nas desconfortáveis viaturas disponíveis, às vezes ocorria superlotação, com um motorista e um supervisor com funções definidas, e mais um ou dois sujeitos, do laboratório ou do almoxarifado, por exemplo, usufruindo dessa forma insólita de incrementar renda.

Nessas viagens, os eventos mais emocionantes eram representados pela repressão à ocupação das geladeiras de vacinas com as coisas mais diversas, de água de beber, até linguças, queijos, refrigerantes e ovos. É bem verdade que algumas vezes não havia nem mesmo vacinas para oferecer...

Quando me lembro desses périplos, hoje, me dá certo pudor, pois considero que eram, na maioria das vezes, perfeitamente dispensáveis, mesmo que ainda não houvesse internet ou outra tecnologia mais

aprimorada de comunicação. Um telefone fixo, de mesa, dos antigos, resolveria muito bem a maioria dos casos que surgiam. Mas mesmo assim as viagens aconteciam.

Nossa frota de viaturas era quase comovente: um Jeep Wyllis de duas décadas de uso, herói não da Segunda Guerra, mas da extinta “Campanha da Lepra”; uma Rural Wyllis um pouco mais nova e mais confortável (mas não muito), além da joia da coroa, representada por uma VW Brasília recém adquirida e “tinindo” de nova. Bons mesmo eram os motoristas, com uma lembrança especial para o Sr. Alfredo Silva, sempre muito amáveis, prudentes e aptos a consertar qualquer defeito que as tais viaturas apresentassem na estrada, o que não era raro acontecer.

Entre as muitas peripécias que vivi nessas viagens, algumas acabaram sendo marcantes para mim, em termos de aprendizado e relações humanas delas derivadas. Em uma ocasião, creio que em 1976 ou 1977, fui investigar um possível surto de meningite num remoto distrito de Santa Vitória, chamado Chaveslândia (ou Xaveslândia, quem sabe Xavierlândia, como lá escreviam), que ficava na barranca do rio Paranaíba, bem defronte a São Simão, Goiás, onde eu havia trabalhado. Duzentos e cinquenta quilômetros de estrada.

Cheguei lá com algumas informações e fiz um périplo por todas as casas do vilarejo, colhendo informações junto às famílias, que foram completadas com um inquérito rápido nos hospitais de São Simão e Santa Vitória (que dispunham de informação escassa e pouco confiável, na verdade). Como quem tira leite de uma pedreira, fiz um relatório bacana do evento, no qual analisei os casos existentes, propus algumas medidas, acrescentei algumas fotos e esperei os elogios, que vieram fartos, tanto da Diretoria Regional como da SES em BH, onde meu grande amigo José Maria Borges era coordenador de Vigilância. Mas qual! De toda forma espero que nenhum epidemiologista contemporâneo tenha acesso a ele, tão precário e amadorístico que foi.

Em outro inquérito dessa natureza não fui tão feliz. Era um surto de diarreia, supostamente salmonelose ou rotavirose, em Capinópolis, outra cidade de nossa área de abrangência, próxima a Ituiutaba. Repeti a sequência de procedimentos na qual eu tinha sido tão bem-sucedido anteriormente. Mas dessa vez o crivo epidemiológico verdadeiro se fez presente: Elmira Alfradique, que agora trabalhava na DRS, uma médica reconhecida como pessoa competente e, acima de tudo, brava no último furo, me passou a maior esculhambação, pela falta de método em recolher alguns dados e materiais imprescindíveis ao esclarecimento do caso, além de pouca atenção com aspectos amostrais. Tive de dizer para ela que, então, da próxima vez, que ela se movesse do birô e fosse a campo. Mas tudo passou, como deve passar. Tempos depois ficamos amigos e tudo foi esquecido. Mas o fato é que nessa peripécia ninguém matou e, creio, ninguém morreu também.

Conheci gente de todo tipo. De sacerdotes abnegados a cínicos desavergonhados, passando por muitos que estavam ali sem maior preocupação ou consciência relativa ao seu papel ou a coerência e a consistência do que faziam. Na época me surgiu uma pergunta que até hoje me martela, a ser dirigida a quem trabalha em tais unidades: *se seu pai, sua mãe, seus filhos, adoecerem é aqui que você os traz para se tratar?* Para a maioria, talvez, ali fosse apenas um lugar onde se ganhava o pão, mas não para tratar da saúde da família. Mas, sinceramente, auguro que alguma coisa tenha mudado nesses mais de 40 anos que já se passaram desde então.

História da época: na segunda metade da década de setenta, o Ministério da Saúde criou um programa conhecido como PIASS, voltado à “interiorização das ações de saúde e saneamento”. Era um produto legítimo e bem-intencionado de um grupo de sanitaristas progressistas que tinham encontrado abrigo no Ministério, graças, principalmente, à clarividência e coragem de dois caras notáveis, Waldir Arcoverde, Ministro e Mozart de Abreu Lima, Secretário Executivo. O PIASS seria um correspondente e precursor do que mais tarde se chamou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Era mesmo bastante ousado e inovador.

Nós da DRS recebemos, então, através de Francisco (Chicão) de Assis Machado, um sanitarista mineiro que lá estava alocado, tradicional militante do *Partidão*, a missão de mobilizar os prefeitos da região para que fizessem moções junto ao Ministro e ao Governo Federal para que o tal programa fosse instalado também no Triângulo Mineiro, já que, em princípio, ele se destinava apenas às regiões mais pobres do país, Nordeste, Vale da Ribeira e Vale do Jequitinhonha, por exemplo.

E lá fui eu, na mesma Capinópolis da diarreia referida acima, conversar com Sua Excelência o Prefeito, que de forma inédita e exclusiva em toda a região, era filiado ao MDB. O único prefeito em tal condição! Cheguei a ficar emocionado. Conversa vai, conversa vem, ganhei intimidade e lasquei a pergunta que me saltava garganta a fora: *o senhor tem participado do movimento de anistia e de diretas já? Acha possível ‘a gente’ conseguir isso?* Ele me olhou como quem vê um marciano e não deixou por menos: *Olha moço, a gente tá nesse MDB porque aqui na cidade tem uns FDP que estão na Arena. Mas votar nós vota mesmo é com o Dr. Homero.*

Homero Santos, eterno deputado federal pela Arena e PDS, figura ímpar, era o representante legítimo da Arena e do Governo Militar na região...

O SUS, finalmente: minha trajetória

O Sistema Único de Saúde, carinhosamente conhecido (ou às vezes sem tanto afeto...) como SUS é, de longe, o objeto que esteve mais presente

em minha vida profissional. Com efeito, me envolvi com as lutas de sua criação, nos anos 80, seja como membro de movimentos de secretários municipais de saúde, em Minas Gerais ou no plano nacional, mas também como militante, digamos assim, intelectual, tentando contribuir como pensador ou palestrante – convites não me faltaram. Fui então dirigente das entidades que ajudei a fundar, seja o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas (Cosems-MG), ou sua vertente nacional (Conasems). Quando terminei minha gestão em Uberlândia, fui fazer mestrado na Fiocruz e em seguida trabalhei no Ministério da Saúde, como técnico atuante na construção do novo sistema, entre 1991 e 1995. Depois disso, já na Universidade de Brasília, e mesmo depois, produzi algumas dezenas de textos sobre o SUS, em publicações técnicas ou em jornais, ao mesmo tempo que atendia convites para falar sobre aquele ser nascente, *urbi et orbi*. Dei meus palpites, como consultor, a municipalidades e entidades diversas. Era um momento de construção de algo realmente novo no país e os eventos de apoio técnico e divulgação, numerosos à beça, faziam muito sentido. Eu fiz presença neles, em muitos lugares deste país, muitas mais vezes como convidado do que como alguém que estivesse ali como simples curioso.

Hoje, tantas décadas depois, poucos talvez se lembrem de mim, mas é bem verdade que a recíproca, até certo ponto, é verdadeira. Mas continuo considerando o SUS como parte importante, se não a mais importante, da contribuição que porventura eu tenha feito ao meu tempo, ao meu país, à minha gente. Não preciso de maior reconhecimento, embora confesse, às vezes, que tal coisa me pareça escassa, para mim e para outros batalhadores. Mas eu sei bem onde pisei e, principalmente, tenho total consciência de ter feito o que pude.

De como eu “virei a casaca” e o encontrei finalmente

Aquela vida de médico e ainda mais plantonista que eu levei na primeira década de minha vida profissional, em São Simão e depois em Uberlândia, já me cansava. Foi assim que resolvi sair para outros voos. Ou melhor, para outros mares, mais profundos e amplos. Passei assim *além do Bojador*.

Um começo para tudo? Cerca de 1980, eu deixava meu plantão bissemanal no Pronto Socorro da UFU com certa sensação de alívio. Era meu último plantão naquela unidade e, esperava sinceramente, que fosse o *último plantão* de minha vida! Eu havia solicitado meu afastamento algumas semanas antes, pois não só me sentia fatigado com tal atividade, como, além do mais, havia decidido fazer uma virada em minha vida profissional, concorrendo a uma vaga no Curso de Especialização em Planejamento de Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro.

Mas de fato, com quase 10 anos de formado, eu estava muito cansado das noites mal dormidas e da tensão das emergências, atividades que mantivera ao longo dos últimos 12 ou 13 anos, contando o tempo de estudante e residente. Já contei tal história antes.

Eu passara toda a década inicial de minha vida profissional perscrutando o horizonte para ver se vislumbrava mudanças no sistema de saúde. Um amigo, que assumira a recém-criada Diretoria Regional de Saúde da SES-MG em Uberlândia, já me havia alertado, assim meio à maneira de Dante falando do *Inferno*: “abandone suas esperanças, a saúde pública continua ruim como sempre foi no Brasil”. Mas será que não tinha jeito mesmo? – eu me inquiria. E olhando para trás, via que a década de 70 estava sendo realmente desastrosa, não só na saúde, como em outros campos: regime militar, epidemia de meningite, ditadura do INPS-INAMPS, persistência da dicotomia preventivo-curativa, ministros repetidamente se sucedendo em Brasília, propostas apenas paliativas de mudança, etc. Assisti algo assim se repetir entre 2016 e 2021, mas é outra história, a ser tratada em hora devida. Havia, é certo, no horizonte algumas discussões, os primeiros movimentos, traduzidos pelos municípios que organizavam, ainda que precariamente, seus serviços de saúde.

Mas eu vivia em Uberlândia, onde essas notícias mal chegavam...

É bem verdade que, um dia, entre 1976 e 1977, outro amigo, o já cita Zecão, eterno militante da saúde e de causas progressistas, não poucas vezes perdidas, pediu-me um dinheiro “emprestado” – pouca coisa na verdade. Era sua maneira de envolver os amigos em uma nova causa: a assinatura de uma publicação, que um grupo de gente de esquerda, principalmente do eixo Rio-São Paulo, estava fundando, para discutir a questão da saúde no Brasil. Assim me aproximei do CEBES, de uma revista chamada *Saúde em Debate*, e também de muitas pessoas que tinham preocupações semelhantes às minhas e que vinham, em luta renhida, encontrando caminhos para ampliar e debater suas ideias, mesmo face ao ambiente de *ditaduras* (dos militares, do INAMPS, da medicina corporativa, da descrença da sociedade, da falta de perspectivas, etc.) em que nos encontrávamos.

Assim foi por tais caminhos que eu me decidi a abandonar os plantões, meu consultório, minha roupa branca, minha disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias na Escola de Medicina de Uberlândia, indo desembarcar no Rio de Janeiro, com família – mulher e três filhos pequenos! – e muita disposição em iniciar um novo ciclo profissional.

Oito meses no Rio e eu já estava de volta a Uberlândia, com mil ideias na cabeça, mas nenhum instrumento para realizá-las à mão. Mas, curiosamente, justo naquele ano de 1980, algumas coisas começaram a acontecer e eu me vi enfiado de ponta cabeça nelas, primeiro no Rio, depois em Uberlândia.

No Rio, eu encontrara, para minha alegria, um ambiente de discussões acalorado, muitas vezes polarizado, com a participação das academias (da ENSP, inclusive, com destaque), do Sindicato dos Médicos, de setores das secretarias de saúde (de Niterói, por exemplo). E não faltavam temas: a eterna crise da saúde; a redemocratização do país e da saúde; a recém lançada campanha de vacinação maciça anti-pólio (que alguns enxergavam por um surrado viés *conspiratório*); a epidemia de dengue nos dois lados da Guanabara; a reforma do sistema de saúde; o movimento de moradores pela saúde, e tantos outros. Não raras vezes participei de discussões, quase face a face, com Gentile de Melo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Jayme Landman, Ernani Braga, Mario Magalhães da Silveira e outros, que eu só conhecia das páginas dos jornais e da *Saúde em Debate*. Para mim, era simplesmente *a glória!*

De volta a Uberlândia, dentro do panorama agitado a que me referi acima, acabei convidado para tomar parte de um grupo reunido pelo Bispo Diocesano, Dom Estevão Avelar (um dominicano, adepto da *Teologia da Libertação*, que havia enfrentado os militares no Pará), para organizar a programação da Campanha da Fraternidade de 1981, cujo tema era a Saúde. Na mesma ocasião, uma Pró-Reitora de Extensão recentemente empossada na UFU, Prof^a Claudia Lucia Carneiro de Mattos, me chamava para fazer parte de um grupo cuja tarefa era organizar um serviço ambulatorial universitário *de extensão* na periferia da cidade, inédito naquele tempo e naquele lugar. Foi assim que me envolvi com o projeto da Unidade Didática Avançada do Jardim Brasília, voltada para a atenção primária da saúde, dentro da filosofia de Alma Ata – cujos ecos chegavam com toda força a Uberlândia. Isto abriu para mim um fértil período de militância. A ansiedade com os plantões estava agora superada, melhor dizendo, fora transferida, pois os desafios agora eram outros, não menos desgastantes, por vezes, mas certamente muito mais motivadores.

Militando na Campanha da Fraternidade e no projeto do Jardim Brasília, acabei ficando visível, inclusive em um ambiente que eu ainda não frequentara, qual seja o da política partidária. Fui convidado, dessa forma, para assumir a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, em 1983, pelo candidato vencedor das eleições realizadas no ano anterior, Zaire Rezende. Ele era um médico ginecologista, poucos meses antes das eleições apenas um ilustre desconhecido, mas que em campanha memorável deslocara as oligarquias que ocupavam o poder local havia décadas, seja aquelas da legenda e sublegendas oficiais (Arena-PDS), como as do MDB, partido ao qual era filiado.

A partir daí meus horizontes começaram, de fato, a se ampliar e através do Prefeito e de seu partido pude tomar contato com algumas experiências de municípios que começavam a remar contra a corrente na saúde, como Lajes, Londrina e Piracicaba. Fui também apresentado, por uma colega assistente social do Jardim Brasília, Lilian de Sá, ao programa de saúde desenvolvido na Unidade de São José do Murialdo,

na cidade de Porto Alegre. Tive também a sorte de conhecer e conviver de perto com Maria Helena Brandão Oliveira, também assistente social, que já tinha a cabeça aberta para tais coisas e que virou amiga e referência por toda a vida.

Fui, assim, tragado por uma confluência de movimentos, às vezes verdadeiras avalanches, que subverteram e arejaram a saúde no Brasil, na década de 80. Minha faina se dividia, então, entre: a gestão da saúde em Uberlândia, para a qual eu fora convidado pelo citado Zaire (aliás, melhor dizendo, gestão que representou um verdadeiro *fiat lux* para a cidade); a mobilização municipalista pela saúde, que resultou nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, estaduais e nacional (Cosems e Conasems); o proselitismo pela convocação e depois pela divulgação da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual fui delegado; a participação, como representante da Associação Brasileira de Municípios, na Comissão Nacional de Reforma Sanitária; a militância na Plenária de Saúde; o *lobbismo* (do bem...) frente aos Constituintes de 1986 para aprovação das propostas da Plenária; a mobilização pela Lei Orgânica da Saúde, e assim por diante.

Em tudo estive um pouco, sendo às vezes mal compreendido pelo meu Prefeito, pelos meus pares secretários e mesmo pelos técnicos da SMS – e também por minha família – que gostariam de me ver mais assíduo em Uberlândia. Paguei este preço, mas acho foi menos oneroso para mim do que para os outros. As críticas arrefeceram um pouco quando a OPAS, através de Eugênio Vilaça Mendes, achou por bem incluir nossa experiência de saúde de Uberlândia no livro *Atalhos nos Caminhos da Saúde*, coordenado por Célia Almeida (OPAS, 1989).

Embora as atuais lideranças do movimento de Secretários Municipais de Saúde tenham demonstrado repetidas vezes que preferem ignorar o passado, eu quero deixar aqui, mais do que meu testemunho, minha orgulhosa “declaração de presença”. Fui o primeiro presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems), além de, modéstia à parte, ter sido membro ativo e eu diria mesmo estratégico, graças ao poder simbólico de mobilização que ser gestor em Uberlândia me conferia, da organização do mesmo, o que me obrigou a viagens e articulações repetidas no âmbito estadual.

Em 1987, fui escolhido, em Congresso de SMS realizado em Londrina, como vice coordenador (mas titular na prática) da comissão que organizou a entidade nacional, o Conasems, criado oficialmente um ano depois, no congresso de Olinda. Fui também o primeiro vice-presidente da entidade, mas mais uma vez, na prática, fiz as vezes de presidente, pois o sujeito que foi eleito no evento, mais pela presença maciça de outros pernambucanos do que por seus méritos pessoais, já se lançou no pleito sabendo que não ficaria muito tempo no cargo, candidato que era a vereador em Recife.

Mas tudo bem, isso não está contado nas crônicas oficiais da história do Conasems e do Cosems-MG, que foram, por assim dizer, reescritas à maneira estalinista, ou seja, aquela prática de apagar pessoas nas fotografias oficiais, conforme Trotsky experimentou ainda em vida. Mas deixa pra lá, a vida seguiu e eu não morri com a cabeça aberta por um machado no final...

A Oitava

Minha vida ativa em Uberlândia passou por fases diversas. Primeiro fui médico e docente universitário; depois técnico da Diretoria Regional de Saúde; mais adiante, a partir de 1983, gestor municipal de saúde. Em todos esses momentos não deixei de lado minhas tarefas de professor, acumulando-as com as da outra função eventualmente exercida. Pelo menos nos tempos de DRS, minha carga horária superava, em abstrato, claro, aquilo que era legalmente permitido, mas havia um acordo tácito de que isso não seria problema, tanto na universidade (onde muitos docentes operavam seus consultórios no período da tarde) quanto na Diretoria de Saúde, na qual eu representava suposto ponto de ligação com a Universidade.

Nos meados de minha gestão como Secretário de Saúde, mais exatamente em 1986, os ventos começaram a soprar de maneira diferente, com meu envolvimento na formação de um organismo ou conselho de secretários municipais em MG e, particularmente com a realização da oitava Conferência Nacional de Saúde, a primeira desde que o país havia entrado na trilha democrática (ponhamos alguma reserva nisso...). Foi aí que os ventos começaram a empurrar meu barco em direção a um autêntico *mar aberto*.

Essa Conferência Nacional mobilizou as minhas energias e esperanças na ocasião. Aliás, minhas e de mais uma multidão de pessoas, embriagadas com a Nova República, embora Tancredo estivesse morto e o presidente fosse Sarney, político de índole conservadora, notório pactuário da ditadura, além de ter sido criado dentro do que havia de mais reacionário na vida nacional – a UDN. Mas as esperanças eram muito fortes e, em 1986, ainda não estavam se derretendo no sol, como diz a canção de Milton e Brant. Assim, em setembro ou outubro deste ano, acorremos a Brasília, aos milhares, em brados retumbantes e entusiasmados, achando que havia finalmente chegado a hora de reformar o precário sistema de saúde brasileiro e dar-lhe a feição há tanto tempo sonhada.

Esta conferência, embora fizesse parte de uma série (era já a oitava), nasceu de uma feliz convergência de pessoas e situações. Afinal, um grupo progressista ganhara, com a Nova República, posto de destaque dentro do sistema sanitário nacional, ainda mais fragmentado e ineficaz do que o atual. No Inamps, Hésio Cordeiro, um professor universitário do Instituto de Medicina Social UERJ; na Fiocruz, Sérgio Arouca,

professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e político ligado ao antigo PCB; no Ministério de Previdência Social, Waldir Pires, político baiano ligado à esquerda brizolista, além de outros nomes, menos notáveis. O fato é que com os ventos favoráveis da democracia e da participação soprando, tratou-se logo de criar uma marca distintiva para as mudanças auguradas na saúde do Brasil, ou seja, a Conferência Nacional de Saúde de 1986, convocada com grande estardalhaço e com direito até a merchandising em novela Global.

A tônica das conferências nacionais que vieram depois, de 1992 em diante, era a de que sua organização fosse “piramidal”, isto é, organizadas a partir da “base”. Mas como não havia base organizada ou esta fosse ainda muito difusa, tocou-se a música pela velha partitura, com as convocações derivadas diretamente de Brasília. E foi assim que compareci ao evento como “delegado” de Uberlândia, graças a um fax vindo diretamente do gabinete de Saraiva Felipe, que na época chefiava a Secretaria de Serviços Médicos do MPAS – na verdade um órgão apenas de articulação política, pois quem mandava de fato na saúde da Previdência era o Inamps.

Em minha defesa, devo dizer que eu estava tentando organizar tal “base” na cidade, tendo mesmo proposto e organizado um primeiro esboço de Conselho Municipal de Saúde, para o que consegui trazer até mesmo convidados de fora, no caso dois militantes de Nova Iguaçu, onde o bispo católico progressista Dom Mauro Morelli apoiava intensamente as chamadas Comunidades Eclesiais de Base e a militância participativa em geral. Chegamos a realizar pelo menos dois encontros antes da grande conferência em Brasília e ainda que mesmo informalmente, minha condição de promotor e apoiador do movimento local, além de Secretário da área, já seria objeto de consenso para tal representação, só não tendo sido decidido isso por falta de clareza quanto ao processo de escolha. De toda forma, antes eu, convocado por fax, do que algum aventureiro arrivista, mais carente de legitimidade do que a minha pessoa.

Havia de tudo no Ginásio de Esportes, onde ocorreu o evento. Grupos os mais diversos acampavam e faziam saudável lobby de suas demandas nas entradas do prédio. Eu vi índios, parentes de vítimas de acidentes, sindicalistas, portadores de patologias, membros de partidos políticos, representantes do movimento de moradores, sanitaristas, municipalistas, além de muitos outros grupos de interesse travando ali um bom combate. É claro que havia também as eternas propostas extremadas e impraticáveis, como a de retirar do cenário da saúde no Brasil a iniciativa privada. E cada corporação da saúde, tendo a Fundação SESP e a Sucam em posição notória, tentando mostrar a todos que sua atuação era o que livrava o país do atraso e do caos na saúde. Ausências ou participações apenas tíbias, mas dignas de nota, já se mostravam, como a das entidades médicas, com honrosa exceção dos

sindicatos. Mas tudo fazia parte de um todo em que a esperança de mudança era o mote dominante.

Nota curiosa: na abertura do evento o próprio José Sarney esteve presente e foi aplaudido vivamente pelo público. Não que tal sujeito merecesse tanto, mas, enfim, cabe lembrar que o Brasil vivia tempos mais amáveis, cheios de esperança no futuro, em que a delicadeza ainda era capaz de se mostrar, sem parecer subserviência.

Um dos grandes acontecimentos da Oitava CNS foi uma reunião, da qual eu participei ativamente. Ali, em uma das arquibancadas laterais do Ginásio de Esportes de Brasília, estávamos umas cinquenta pessoas, geralmente secretários ou representantes de gestão municipal de saúde, gente de todo o Brasil. Sob a liderança incontestável de Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão – a quem homenageio mais adiante nestas memórias – fizemos o compromisso que considero histórico, que se materializou ao longo do ano seguinte: a fundação do Conasems, o organismo de representação dos Secretários Municipais de Saúde de todo o país. Eu estava lá e considero que isso foi uma das coisas mais importantes – se não a mais relevante – em que me envolvi na vida.

Muita coisa aconteceu ali naquelas salas improvisadas e escadarias. O *Relatório da Oitava*, cantado em prosa e verso até hoje, desconfio que já estivesse pronto antes mesmo do evento começar, mas certamente reunia um conjunto de sonhos e ideias, para não dizer utopias, que cabiam bem naquele momento e que provavelmente contariam com o apoio daquela massa de entusiastas. Muita unanimidade, como se vê, mas sem deixar de lembrar que excessos de tal ingrediente podem não fazer bem à concretização de planos, ao chocarem irremediavelmente contra a realidade. Mas naquele tempo eu não sabia disso e de fato achei tudo muito especial, acreditando sinceramente que muitas mudanças poderiam surgir dali.

Acho que na Oitava nasceram também alguns mitos sobre o nosso Sistema Único de Saúde, por exemplo, o de que ele é um produto legítimo de um vasto “movimento social”; de que é possível, na saúde, dar “tudo para todos” ou de que aquela carta de desejos em que se constituiu o decantado relatório oficial fosse, de fato, a expressão irretocável da vontade popular.

Muitos anos depois, do alto da *Torre de Vigia*, que é como eu intitulo a última seção de minhas memórias, pude constatar que o *pensamento desejoso* é útil como luz acesa em farol de guia, mas não necessariamente para construir coisas sólidas. Assim, pude fazer minhas críticas ao processo de participação social no país, em particular e à construção do SUS, mas em meu favor posso dizer que só o fiz depois de ter embarcado em canoas que naufragaram e ter me perdido em curvas e buracos sem fim em tal estrada.

Foi assim que se abriu o mar para este pobre Moisés...

Por mares abertos e recintos fechados

Na época da Assembleia Nacional Constituinte, entre 1986 e 1988, eu comecei a circular intensamente pelo país, *por mares nunca dantes navegados*, pelo menos por mim. Eu já participava do movimento de criação do Conasems, a entidade nacional de SMS, além de fazer parte da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, na qual fui admitido pela porta da frente – episódio que narrarei mais adiante.

Nessas viagens, o comum era fazer o proselitismo municipalista em saúde – e nisso eu fiquei escolado. Às vezes também me chamavam para explicar o conteúdo do tópico da Saúde e Seguridade Social na Constituição que estava sendo elaborada, já que circulava a notícia, verdadeira, aliás, de que eu andava fazendo, junto com outros SMS, um lobby *do bem* frente aos parlamentares constituintes. Com efeito, naquela ocasião defendia algumas cláusulas de nosso interesse, principalmente em termos de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Devo dizer que já não sei se sustentaria exatamente as mesmas ideias hoje...

De maneira geral eu realizava tais *milagres* em outras freguesias, pois em Uberlândia meus interlocutores eram mais escassos, no máximo os membros da breve e valorosa “CRIS”, ou Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, criada por força da implantação da política de saúde preliminar ao SUS, e também transitória. Até que um dia resolveram prestigiar o santo de casa... E assim fui convidado pelo Agente da Previdência Social, com quem eu mantinha uma relação respeitosa, apesar de nossas divergências, a explicar o conteúdo do relatório da saúde da Constituinte aos funcionários da tal Agência. Fui recebido com certa frieza, em um pequeno auditório quase lotado e de clima muito abafado, em dois dos sentidos possíveis desta palavra.

Comecei por um voo panorâmico, falando sobre o conceito de *Seguridade Social*, diferente daquele de *Seguro Social*, que fundamentava a filosofia de ação e o funcionamento dos vários segmentos da Previdência naquele tempo.

Isso posto, abordei mais de perto as mudanças que estavam sendo construídas na saúde, dando ênfase especial à questão do *direito universal*, que punha por terra todo o suporte normativo que havia dado ao Inamps a prerrogativa de exigir a famosa “carteirinha” de quem quisesse ser atendido em seus serviços. Nesse momento, vi que as fisionomias da audiência começavam a se contrair.

E abordei, já em ambiente que eu percebia como de franca desconfiança, a possibilidade concreta de que a gestão única dos serviços e ações de saúde passassem a ser da alçada dos governos

estaduais e municipais, deixando ao Inamps um papel secundário e até mesmo renunciando sua extinção.

Passei então pelos vários conceitos em jogo: *descentralização, participação, unificação, regionalização, integralidade...* O ar de incredulidade ficava cada vez mais explícito.

Até que abri para perguntas do auditório. Demorou um pouco, mas elas vieram, meio tímidas, mas anunciando um clima não só de desconfiança, mas também de oposição ao que se discutia em Brasília. As intervenções eram também marcadas por expressões de incredulidade, quase sempre com afirmativas de que o papel da previdência federal era insubstituível no Brasil, e que seu enfraquecimento certamente levaria o sistema ao caos, não só na assistência à saúde, mas também na prestação das aposentadorias, pensões e demais benefícios sociais. Alguns membros da plateia, visivelmente nervosos, saíram para fumar no corredor em frente e não mais retornaram, abrindo, fora daquele auditório onde eu me encontrava, uma nova reunião, de cunho certamente dissidente.

E eu aguentando firme...

Até que veio a indagação fatal, a pergunta mãe de todas as perguntas, originada de uma senhorinha que vagamente me lembrou aquela *Miss Suéter* de João Bosco e Aldir Blanc (a digna escriturária do INPS, lembram-se?).

Foi assim: *Doutor, mas para isso tudo valer ainda vai ter que passar pela Direção Nacional e ainda ser publicado como Portaria da Presidência do Inamps, não é?*

Pano rapidíssimo. Poucos meses depois a *Constituição Cidadã* era promulgada em Brasília, em sessão solene do Congresso Nacional, sem que o famigerado *Boletim da Presidência do Inamps* tivesse se ocupado dela.

A Imorredoura Instituição

O Inamps, instituição ainda presente na memória de muitos, ainda me trouxe pelo menos mais uma história curiosa, digna de ser passada adiante.

Deu-se o seguinte: quando fui trabalhar em Brasília, em 1991, meu primeiro posto foi no IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal, que tinha um convênio de assistência técnica com a recém-criada Fundação Nacional de Saúde, híbrido da fusão da “inteligência” e da “beleza”, conforme o famoso *joke* de G. Bernard Shaw, que resultou do casamento da antiga Fundação SESP com a Sucam, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Aliás, por ter

repetido a piadinha do genial irlandês em uma reunião de diretores da nova instituição, passei a ser visto com desconfiança desde então, da qual só me livreí quando por força do destino – o que contarei depois – fui demitido e depois admitido em um novo posto no Ministério da Saúde.

E o novo posto estava situado bem no olho de um furacão. Eu fui trabalhar na Secretaria de Assistência à Saúde, que naquele momento representava uma nova fusão, a do Inamps com o próprio Ministério. Não se deve esquecer que até os anos finais da década de oitenta o Inamps ainda era uma autarquia dentro da esfera do Ministério da Previdência. Mas a nova década já se iniciara e corriam os tempos da unificação do sistema de saúde, resultado da Constituição de 1988. E foi assim que, depois de alguma protelação, o velho Instituto de Assistência Médica da Previdência Social deveria finalmente se juntar à administração direta, ou seja, ao MS. Operação complicada aquela, pois o ente a ser incorporado era maior, mais endinheirado e até mais complexo do que aquele que o iria absorver. E foi assim que, entre 1992 e 1995, meu trabalho se deu dentro de uma pinguela balouçante, com um pé no Ministério da Saúde antigo, outro no Inamps, não muito menos antigo, mas muito mais matreiro. Naqueles tempos ainda se ouviam frases como *manda para o Inamps, isso é coisa de lá*, ou seu oposto, relativo ao MS, dependendo da natureza do papel ou do processo em curso. Como se não estivessem as duas instituições – e nós, seus pobres servidores – dentro de um sistema orgulhosamente autodefinido como *Único*.

Mas em 1993, com a chegada ao governo de Itamar Franco e de um ministro um pouco mais corajoso, Jamil Haddad, a extinção do Leviatã foi decretada de vez. Ato contínuo, foi reservado todo um andar, o último, do prédio situado no início da L2 Sul, onde então funcionava a quimera SAS-Inamps, para que ali se instalasse o Grupo de Trabalho que iria cuidar da finalização dos trabalhos do Inamps. Não nos esqueçamos, é bem mais fácil criar um órgão público do que extingui-lo. E naquelas alturas andar nove se instalou o QG do referido GT, sob a presidência de um notável burocrata do antigo DASP, que passou a ser designado, ironicamente, pelos mortais que lhe quedavam abaixo, como *O Extintor*. Sua primeira medida foi a vedar o acesso ao nono andar aos comuns, situados nos andares inferiores, para tanto mandando instalar portas com chave na saída dos elevadores e nas escadas que ali davam aceso. Por sorte não houve incêndios na ocasião...

No Natal de 1993 os trabalhos já iam avançados, caixas e caixas de documentos subiam e desciam pelos elevadores, bem como sujeitos engravatados e *Margots*, *escriturárias* de variados calibres (ainda a canção de Bosco e Blanc). Foi então que o digno *Extintor* enunciou a sua pérola máxima, dirigida indistinta e democraticamente a todos os que frequentavam o prédio. O cartão de boas festas que mandara afixar na portaria do prédio e nos elevadores dizia simplesmente o seguinte:

Em nome da nossa imorredoura instituição, o Inamps, desejamos a todos um Feliz Natal e um próspero ano de 1994.

E aquele homem estava ali para liquidar, de vez, a tal “imorredoura instituição”. Acreditem...

O que vi e narrei

Meu gosto pela escrita acabou me aproximando de uma atividade que exerci com bastante frequência ao longo de minha vida, às vezes de graça, outras vezes pago para tanto. Nos últimos tempos a segunda modalidade tem sido a mais frequente. Falo da elaboração de relatórios de conferências de saúde e outros tipos de reunião, de que o setor é pródigo. Afinal, a turma da saúde gosta de debater, embora mostre certa dificuldade em acrescentar coisas novas no cenário, incorrendo naquele *mais do mesmo* a que já me referi antes.

Uma dessas tarefas me trouxe especial notoriedade, com gratificação financeiramente modesta, mas certamente intelectual e simbólica. Em 1999 eu estava morando no Rio de Janeiro, cursando o Doutorado na Fiocruz e alguém que já conhecia o meu trabalho no campo das relatorias indicou meu nome para a Comissão Organizadora da Conferência Estadual de Saúde daquele ano. Imagino que isso deve ter causado alguma estranheza em muita gente, pois a saúde, não só no Rio como em outros locais, é profundamente marcada pelas simpatias (ou antipatias) ideológicas, partidárias ou simplesmente grupais. E o escolhido era um sujeito que não pertencia a nenhum grupo ideológico ou de afinidade eletiva local, não era filiado a nenhum partido e além do mais era um cara de fora, totalmente desconhecido pela patota. Assim, fui à luta, sabendo dos riscos que corria, mas ao mesmo tempo tendo a certeza de que meu descolamento da situação local poderia ser fator de sucesso, mais do que de fracasso.

O ambiente era tenso... A tradicional disputa entre brizolistas, petistas, comunistas da velha guarda, chaguistas, além de outros “istas” misturava gasolina e fósforo aceso em todos os ambientes, já desde a fase preparatória, com sinais de detonar e por a perder todo o processo da conferência. Além disso, em pleno evento, um líder da área da enfermagem foi assassinado em um subúrbio carioca, por prováveis disputas por controle sindical. Isso, evidentemente, repercutiu na própria conferência, que alguns chegaram a propor que fosse suspensa.

E eu lá, firme atrás do meu laptop, contando com a ajuda de duas moças minhas colegas na ENSP, ambas dotadas de forte espírito militante, como era de praxe ali. E as tais ajudantes, mesmo me respeitando como relator oficial, chegaram a me questionar algumas vezes, com preocupação, se não seria adequado ouvirmos, se não ao final de cada dia de trabalho, pelo menos no final do evento, as lideranças para ver se o conteúdo que estávamos registrando seria o

mais adequado. Acreditam? E eu: *vamos tocar o trabalho sem esse tipo de coisa; o relatório será entregue em duas ou três semanas, de acordo com o contrato firmado e aí, se tiverem questionamentos, mudarei o que for necessário*. Era bem um sinal das expectativas gerais, mas mantive minha decisão. E para evitar maiores contratempos me retirei para Friburgo depois do último dia, na casa de minha tia Teresa, e passei vários dias lá tocando a escrita do documento.

Não foi um trabalho fácil: poderia ser comparado ao ajuntamento de cacos de uma garrafa atirada do sétimo andar. Como era de praxe neste tipo de evento, já na ocasião e até hoje, cada grupelho ideológico, se esforçava para colocar nos relatórios intermediários derivados dos grupos suas ideias, às vezes perfeitamente idênticas às dos rivais, mas marcadas por palavras de ordem ou jargões característicos de cada facção, com disputas até mesmo em torno de posições das vírgulas em uma frase. Mas eu que já tinha experiência nisso, ou seja, em organizar a miscelânea, fui desconstruindo hipérboles e outras piruetas semânticas, sem descuidar de eliminar as abundantes redundâncias e platitudes, de tal forma que elaborei um relatório que tinha como principal qualidade o fato de ser *legível*, além de *enxuto*. E que uma vez concluído foi entregue aos contratantes, com abertura para as devidas correções e ajustes – que não aconteceram, simplesmente...

Qualidade minha de escriba? Nem tanto... É do ofício militante agir apenas no calor das batalhas, para depois cuidar de outra coisa, desde que seja também algo forjado em altas temperaturas e que lhes permita a continuar a enxergar o mundo através de uma janelinha – *a sua janelinha* – e deixar a vida seguir adiante.

Disse muita coisa sobre o presente tema, mas não disse tudo. Em que consiste um relatório de Conferência de Saúde, seja ela local, estadual ou nacional? Cabe esclarecer. Na minha experiência, trata-se apenas de um amontoado de ideias bem-intencionadas, na maioria das vezes, embora algumas sejam totalmente algumas desconexas ou descabidas, além de outras já contempladas na legislação e nas normas – para dizer pouco. Utilidade duvidosa, portanto. Penso que o meu relatório do Rio ficou bem cuidado, do ponto de vista formal, certamente, por refletir com fidelidade o conteúdo que ali se discutiu. Mas quanto a sua aplicação prática, desculpem, tenho sérias dúvidas que tenha servido para alguma coisa.

Minha situação nestes casos é mais ou menos a de um arquiteto que projeta e até constrói moradias onde ninguém vai habitar. Mas a vida segue.

Crepúsculo de deuses

Petição me chega pela internet, anunciando a demissão (março de 2018) de Sonia Fleury, na Escola Brasileira de Administração Pública e de

Empresas da Fundação Getúlio Vargas, após 35 anos de trabalhos na instituição. Deploram que era ela a “professora mais produtiva da Ebape” e que formou em seus anos de trabalho “incontáveis gestores, acadêmicos, militantes políticos, por meio de suas aulas e da orientação de monografias e teses”, tendo ainda “contribuição fundamental na construção da democracia brasileira, como formuladora do desenho do SUS”. A demissão de Sonia Fleury é então considerada “mais uma ação da FGV no sentido de destruir a Administração Pública e cercear o pluralismo e o debate de ideias na escola”. Pergunto: será isso mesmo?

Não que eu duvide das qualidades de Sônia, que conheci há muitos anos atrás, quando ela era ainda a jovem mineira de Sete Lagoas, que impunha seu saber (e seu charme) ao restrito ambiente acadêmico da esquerda sanitária no Rio de Janeiro. Ela era uma musa, sem dúvida. Mas seu afastamento depois de três décadas e meia de serviços, em um momento em que o normal seria a predominância de um desejo pessoal de se afastar, nem que seja para dar lugar a gente mais nova, me induz a refletir um pouco, não exatamente sobre a respeitável pessoa de Sônia, mas sobre nós, os militantes da esquerda sanitária em geral, gente que, sem dúvida, teve papel importante na gênese do que um dia se denominou *reforma sanitária brasileira*. Nada contra tal denominação, mas acredito que a tal reforma ainda não se completou ou, por outra, em alguns aspectos não encontrou as vias adequadas de se realizar, mesmo com o passar dos anos; que alguns conceitos estavam equivocados e que não foram poucos os enganos que cometemos ao embarcar em certas canoas...

Devo lembrar que eu também participei daqueles embates, aluno que fui da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP) em 1981 e em períodos seguintes. Depois, fui Secretário Municipal de Saúde por duas vezes; delegado na VII Conferência Nacional de Saúde; membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária; participe fundador do Cosems-MG e do Conasems. Isso, creio, me credencia a fazer as presentes considerações.

Sônia Fleury talvez tenha estado na ENSP apenas de passagem, pois fez sua carreira acadêmica na FGV, mas se trago essas memórias aqui é para lembrar algo que representaria, sem dúvida, um *espírito de época e de tribo*, no caso, o tempo da reforma sanitária e o pessoal da esquerda sanitária, eternamente dividido entre o Partidão (se não me engano, a opção política de Sônia) e o que veio a ser mais tarde o Partido dos Trabalhadores.

Para encerrar, lamento da sorte de Sônia Fleury. Não acho que ela tenha envelhecido ao ponto de não merecer mais ocupar sua cátedra da FGV. Mas as ideias que sua (nossa) geração defendeu talvez precisem ser recicladas. Profundamente.

O Templo da Reforma Sanitária e seus sacerdotes

Ah, a ENSP! Esta instituição representa muito bem o que eu chamaria de um dos “Templos” onde foi gestada a reforma sanitária brasileira, junto com alguns setores da USP, da Unicamp, além do Instituto de Medicina Social da UERJ. Pois bem: eu estive por lá e posso contar como eram as coisas. A Escola acabava de sair de alguns anos de sufoco impingidos pela ditadura, que até seu nome mudou para “Presidente Castelo Branco”. Na Fiocruz havia sempre um coronel ou preposto dos militares no comando, inclusive um que era simplesmente o pai de uma grande liderança de esquerda nos anos seguintes: Eduardo Jorge.

Primeira impressão: os horários de trabalho. Nada ocorria ali antes de dez horas da manhã, às vezes até mais do que isso. Às quatro da tarde já era hora de se mandar, porque o trânsito (ou o tráfico) na Avenida Brasil, defronte, não era brincadeira. Os almoços na própria ENSP, sofríveis em termos de qualidade, pelo menos incrementavam o contato entre os que ali ensinavam e aqueles, como eu, tentavam aprender alguma coisa.

Nas aulas, o marxismo comandava o cenário. Os que não rezavam nessa cartilha não se sentavam à pequena mesa da intelectualidade enspiana. E palavras como “positivista” ou “funcionalista” eram consideradas como pejorativas. A figura dominante era a de Sérgio Arouca, paulista emigrado para o Rio, liderança do antigo PCB, que granjeara grande fama entre boa parte da esquerda sanitária de então graças à sua tese de doutorado na USP: *O Dilema Preventivista*, tecida em forte jargão marxista e estruturalista. Desconfio que muitos de seus louvadores não a tenham lido, de fato. Eu, pelo menos, confesso que li apenas alguns excertos, coisa obrigatória na ocasião, mas que exigia um esforço especial para destrinchar o vernáculo. Arouca se fazia acompanhar de uma trupe de peso, dentro da qual se destacavam os argentinos exilados Mario Hamilton e Adolfo Chorny, além de sua esposa de então, Annamaria Tambelini.

Figura curiosa da época era uma que ministrava uma disciplina de Política de Saúde e Estado (ou algo assim). O cara era ortodoxo em sua crença marxista, ao ponto de se sentir provocado quando alguém levantava questões, por exemplo, relativas à emergência do movimento Solidariedade, antagônico à ditadura comunista da Polônia. Ele empalidecia e simplesmente desqualificava a questão e seu formulador, dizendo que não estava ali para ser provocado. Quando o Muro de Berlim ruiu, pouco depois, me disseram que ele, que já tinha formação de psicanalista, resolveu sair da ENSP para ir trabalhar ao lado de um divã.

Mas não posso me queixar, em absoluto, da formação que a ENPS me ofereceu, principalmente com a convivência com algumas poucas pessoas realmente capazes e dotadas de grande clarividência e crítica em relação ao dogmatismo da maioria.

Apesar de ter chegado na ENSP em plena ditadura, já pude perceber ali a forte demarcação ideológica que ali imperava e creio que ainda vigora. Não que houvesse gente da banda *direita*, longe disso. Todos os docentes e pesquisadores, além dos trabalhadores mais organizados, eram gente convicta de esquerda, mas que nunca se entendia, graças aos diversos “ismos” presentes no cenário: comunismo, petismo (ainda incipiente), chaguismo, brizolismo, anarquismo etc. As contumazes assembleias gerais, tendo como mote mais do que aumentos salariais (como hoje), a luta contra a ditadura, apesar da aparente sintonia ideológica, mesmo assim eram palcos onde tal esgrima ideológica se punha a nu.

Estive na ENSP durante alguns meses em 1980, na tal especialização e ali retornei, para o mestrado, entre 1989 e 1990 e depois para o doutorado, em 1999. A cada partida pensava em nunca mais voltar, decisão que por duas vezes não consegui manter. Se me permito fazer críticas à instituição, não é por desprezá-la, muito antes pelo contrário. Como, aliás, deve acontecer nas grandes amizades e amores.

Mas ainda me divirto em provocar alguns enspianos atuais, nas redes sociais, em comentários irônicos, mas respeitosos, quando destilam sua visão de mundo fundada na ideologia, no facciosismo e no *wishful thinking*, verdadeiras marcas registradas da querida e inesquecível escola que me abrigou por três vezes.

O SUS é realmente “fruto de movimentos sociais”?

Falar nisso houve um embate clássico entre Sônia Fleury e Gastão Wagner no final dos anos 80, representando as duas tendências. De um lado uma visão triunfalista, de intelectuais que se viam como correias de transmissão entre as massas e o poder de decisão real; de outro, a crença nas massas organizadas diretamente para tomar o poder, não valorizando tanto os intelectuais e outros intermediários, a não ser aquelas lideranças nascidas diretamente no seio da massa, como foi o caso daquele que veio a ser Presidente da República.

A visão triunfalista sobre o SUS era, de fato, nítida, nos moldes do clássico filme italiano, de Elio Petri: *A Classe Operária vai ao Paraíso*. Na verdade, ela não havia ainda chegado lá, mas para os intelectuais que se envolveram com a criação do SUS, nos anos da Nova República,

a tomada do Palácio de Inverno, e com ela o acesso ao paraíso, estava, de fato, muito próxima.

Defendia-se, então, a ideia de que o SUS não devia nada aos políticos, sendo fruto de conquista efetiva da sociedade civil. Os políticos de fato pegaram carona na construção de nosso sistema de saúde, mas quanto ao caráter e dimensão real dessa “sociedade civil”, tenho minhas dúvidas. Tudo bem, a não ser que chamemos de “movimento social” uma articulação de intelectuais e membros da burocracia pública, que começou a se adensar entre os anos sessenta e setenta, com localização geográfica preferencial nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Entra aqui a noção daquela “correia de transmissão” entre massas e poder, formada por intelectuais e burocratas, fruto da tradição ideológica leninista. É neste caldo que crescem e se multiplicam as ideias que deram origem ao SUS

Mas de toda forma acho difícil ampliar o escopo do alcance dos tais grupamentos civis, ao ponto de credenciá-los, por si só, como um autêntico “movimento social”. Ou talvez o fossem, mas vamos deixar claro que outros segmentos sociais, igualmente ou mais importantes do que este ilustre punhado de acadêmicos e burocratas, não estavam de fato engajados, pelo menos formalmente, na luta por uma ampla reforma do sistema de saúde.

É claro que havia revoltas importantes em relação ao mau funcionamento dos serviços de saúde, ainda mais em uma época em que perduravam irremediável divisão e *apartheid* entre os que portavam a “carteirinha” do Inamps e os que eram obrigados a disputar atendimento no sistema público direto ou filantrópico, por não dispor de tal passaporte. Isso sem falar nos que iam diretamente aos consultórios privados, desembolsando ali o quanto lhes fosse cobrado para cuidar ou manter a saúde. O que conhecemos hoje como “plano de saúde” ainda era total novidade na época, muitos poucos dispunham disso.

No meu entendimento não havia uma pauta clara para a questão da saúde, pelo menos fora do circuito intelectual e burocrático referido acima. Assim, quem não tinha a tal carteirinha do Inamps, tudo o que podia querer era ter direito a ela, para o que era necessário ter emprego fixo e formal, com carteira assinada. É bom lembrar que mesmo internamente no sistema previdenciário as diferenças e desigualdades eram enormes. Tudo o que um afiliado ao IAPI (dos industriários), de notória precariedade no atendimento, poderia querer era uma equiparação do IAPB (dos bancários), onde os serviços eram supostamente exemplares.

Talvez, entre os mais pobres, dependentes do sistema público “*hard*”, ou seja, dos serviços oferecidos na escassa rede de centros de saúde e hospitais estatais, nas três esferas de governo, ou mesmo da rede filantrópica das Santas Casas, instituições vicentinas (SSVP) e evangélicas, tudo o que se poderia desejar seria uma assistência mais presente e acessível, não necessariamente unificada.

E *fiat* o SUS, unificado e sistêmico! Mas “unificar” poderia ter significado, para muitos, algo equivalente a “nivelar por baixo”. Não creio, assim, que palavras de ordem do tipo “unificação”, “descentralização”, “integralidade”, “participação” estivessem formalmente presentes nas demandas sociais, que de resto eram bastante amorfas e até mesmo quase invisíveis.

Presumo, ainda, que falar em estatização ou, pelo menos, em presença estatal forte no sistema, não teria sido uma pauta muito palatável para quem desejava melhoria na saúde pública. Os “postinhos” do sistema público espalhados pelo Brasil a fora, além de restritos em número, eram muito precários em qualidade e abrangência de atendimento.

Para os mais ricos, que não pesam na presente equação, o que mais se poderia querer se não que o Estado ampliasse as alíquotas de desconto no imposto de renda em relação aos seus pagamentos de próprio bolso que realizassem na rede privada?

E o movimento sindical? Não creio que ele também tenha se empenhado na criação de algo como o SUS. Ele estava dividido entre os que queriam o aperfeiçoamento da Previdência Social (em busca, quem sabe, de uma “padrão IAPB” para a assistência médica) e os que já flertavam com a saúde suplementar, que acabara de ser inventada pelos burocratas do Inamps, primeiro para si próprios, através da “Patronal”, depois para os demais, através dos planos de saúde empresa. Quanto a querer melhorias no atendimento vigente, não havia novidade: todos o queriam de fato.

Em resumo, o SUS não se revelou como um verdadeiro “fato social”, pelo menos até agora, mas sim como um arranjo burocrático legal que ainda não foi capaz de criar realidades. Como disse Fernando Pessoa, “ainda falta cumprir-se”.

Mas se volto a essas coisas do passado é para lembrar que era este o ambiente em que Sônia, Arouca, Hésio, Nelsão, Capistrano, Gentile, além de muitos outros, se moviam e (se) debatiam.

O Leninismo na saúde

O pensamento sobre a democracia e a participação evoluiu ao longo do século XIX, tanto na tradição liberal como na socialista. Na primeira vertente, as palavras-chave são: *liberdade de associação, direitos individuais, poder de voto, representação*. Na vertente socialista, de forma diferente, o apelo diz respeito à democracia *a partir de baixo*, também exercida de forma direta, abrangendo decisões tanto políticas como econômicas, envolvendo não só a sociedade política como a civil – tudo isso segundo Bobbio.

Esta última modalidade de pensamento terá profundos reflexos no século XX, com a formação dos *conselhos operários (soviets)*, inicialmente na Rússia revolucionária e depois em outros países da Europa. Com efeito, Marx já havia vislumbrado nos episódios da Comuna de Paris (cerca de 1870) o surgimento de órgãos governo ao mesmo tempo de ação legislativa e executiva. Lênin e seus seguidores trataram com entusiasmo o que chamaram de *nova democracia* dos conselhos, germe de um novo tipo de Estado, capaz de contrabalançar alguns dos efeitos maléficos do capitalismo e dos débeis mecanismos da democracia política formal.

No Brasil isso teve fortes repercussões na reforma da saúde. Com efeito, muitos dos atores que compunham o movimento de reforma (Sônia incluída, além dos outros já citados), de apresentavam características dignas de nota: eram jovens, possuíam formação universitária em saúde, tinham vinculação institucional pública, além de pouca (ou nenhuma) experiência com o poder *de fato*, por exemplo, na direção de sistemas de saúde. Além disso, faziam, de modo geral, oposição ao regime militar, militantes (ou pelo menos simpatizantes) que eram de partidos e organizações políticas de esquerda, com amplo domínio do antigo Partido Comunista Brasileiro.

Tal grupo tinha herança e um ponto de vista sobre estratégia política associados a um modo *leninista* de ação, tradicional na esquerda brasileira, traduzido por impaciência política, desejo de exercer protagonismo na conquista do Estado, voluntarismo, defesa do auto-governo (“*todo poder aos soviets*”), além de certo messianismo, aspectos sintetizados por Lênin em sua famosa obra *O que fazer?* O leninismo político defendia também a opção pela conquista do poder pelas vanguardas, mais do que pela formação da atores diretos, além de forte impulso para participação e utilização do aparelho de Estado para os fins revolucionários.

Está claro, então, que foi tal estratégia responsável pela conquista de posições no aparelho de Estado no Brasil, após o início da Nova República, pois que alguns dos membros mais notáveis de sua *vanguarda* vieram a ocupar postos-chave na direção do Ministério da Saúde, da Fiocruz, do Inamps, da Previdência Social e de vários

outros órgãos a partir de 1985. Além disso, não só propuseram e organizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, como conduziram todas as grandes transformações da saúde no período da Reforma Sanitária: das Ações Integradas de Saúde ao SUDS; da descentralização do Inamps à sua fusão com o Ministério da Saúde e daí à construção do SUS.

Mesmo em clima político adverso (governo Fernando Collor), influenciaram na negociação política que produziu a Lei 8142 e, portanto, na formação dos conteúdos jurídicos, políticos e mesmo operacionais do *novo* Conselho Nacional de Saúde e da *nova* participação social, agora denominada *controle social*, dentro de uma indubitável nomenclatura leninista.

O *Wishful thinking* (e uma certa arrogância) dos sanitaristas

Pensamento desejoso (wishful thinking) é uma expressão do campo da psicanálise, que pode ser traduzida também como *pensamento ilusório*, que significa o hábito de tomar os simples desejos como se realidade fossem, o que acarreta se tomar decisões ou seguir raciocínios baseados nesses desejos, em vez de em fatos ou na racionalidade. Representa também a formação de crenças moduladas com o que é agradável de se imaginar. Como atesta a definição do dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: “impulso que conduz o ser humano à crença em determinadas suposições, tais como os princípios da religião ou do livre-arbítrio, cuja legitimidade não depende de qualquer comprovação obtível por meio de fatos ou dados objetivos, mas de sua utilidade psicológica e dos benefícios vitais que as acompanham.”

O artigo em que Sônia Fleury e Gastão Wagner debateram (ou se digladiaram) na avaliação dos resultados dos anos iniciais do SUS (já citado aqui, mas sem a referência exata) foi um bom exemplo do uso intensivo do tal *pensamento desejoso*, mais da parte dela do que dele, que naquele momento ainda mantinha “um pé atrás” sobre os acertos do recém-nascido. De toda forma, era o triunfalismo dos militantes do Partidão, de um lado e, de outro, a crítica, pela base e pela esquerda, do que já então parecia mais um daqueles acordos “entre os de cima”, que o os militantes do PT, como Gastão, sempre denunciaram.

Aliás, foram clássicos, também, os embates variados sustentados por Arouca e David Capistrano, refletindo as duas tendências, com ataques sempre bem fundamentados, às vezes de alta virulência. Para quem considera o SUS como um produto “da esquerda” não é demais lembrar o quanto este segmento político esteve dividido nos anos de sua fundação. Um armistício relativo foi firmado quando a hegemonia passou a pertencer ao PT, cooptando o Partidão nos primeiros anos do governo Lula – coisa que durou pouco.

A prática do *wishful thinking* tem muito a ver com a noção de militância que permeia o movimento sanitário brasileiro. Aliás, se há uma coisa que nós, da saúde, não podemos nos queixar é da falta de militância ao longo da história do SUS. Isso em si é um fato auspicioso, que nos remete, por exemplo, a exemplos históricos espetaculares, como a recente Primavera Árabe ou a remota Comuna de Paris, sem falar dos movimentos de rua de Junho de 2013 e das lutas históricas pelo petróleo e pelas Diretas-já, entre outras.

Mas nem tudo é assim tão brilhante neste terreno. O outro lado da moeda pode resultar de uma lógica de militância que divide o mundo em pedaços e, a partir daí, confunde o mundo, em sua totalidade, com cada pedacinho que se cria a partir dele... Tal lógica, também, não costuma admitir meios-termos, funcionando muito na base do preto no branco e do oito ou oitenta. Não costuma ver, ainda, o outro lado que existe em quase tudo que seja obra humana, apesar de exemplos históricos que saltam à vista. Aliás, história, para os militantes típicos, é algo que deve ser considerado apenas se mostrar argumentos favoráveis àquilo pelo que se milita; caso contrário, passa por mero produto de manipulação de militantes contrários ou, de forma mais genérica, deles, “dos homens” – espécie de entidade mítica demonizada no mundo militante.

As Conferências Nacionais de Saúde constituem, de modo geral e exemplarmente, a demonstração da pujança da lógica militante. Se olharmos seus documentos finais podemos ver que as preocupações com a saúde dos brasileiros não deixam de marcar presença, indicando, porém, um a um, seus beneficiários: mulheres, crianças, idosos, população negra, população indígena, comunidades quilombolas, populações do campo e da floresta, ribeirinha, LGBT, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiências, patologias e necessidades especiais.

O que se pode deduzir de tais fatos, é que muitos dos eventos recentes da área da saúde tiveram teve sua tônica marcada pela participação diferenciada de grupos militantes, de diversas causas, colorações, religiosidades, orientações. Isso pode ser bom, por um lado, mas surge daí, porém, um enorme equívoco: a suposição de que se somarmos todas as suas categorias de indivíduos, como na lista acima, teremos como resultado nada mais, nada menos, que a totalidade da sociedade brasileira. O problema, porém, é a perda de foco. Quem tem muitos objetivos dispersos pode não chegar a nenhum deles, da mesma forma que, para quem não sabe aonde vai qualquer caminho serve, como já dizia um personagem de Alice no País das Maravilhas.

Realmente, é dura a vida do militante, por ter que enfrentar, quase sempre, enormes dificuldades para converter a simpatia do público em

recursos e mobilização. O resultado é que os ativistas buscam superar tais dificuldades mediante a concessão da maior materialidade possível ao que reivindicam. Para eles aprovar uma lei pequena e focal é sinônimo concreto de vitória. E mais ainda: se não for nem mesmo uma leizinha, que seja pelo menos um punhado de afirmativas, disputadas a cada vírgula, em um longo relatório de reivindicações de conferências de saúde, no qual outras dezenas ou centenas de pessoas igualmente militantes, de causas diversas, também colocaram suas necessidades e requisições.

Não custaria nada exercitar o bom senso e praticá-lo para além das fronteiras do mero *pensamento desejoso*. Não haverá melhores estratégias de fazer a saúde avançar no SUS realmente existente e possível, não naquele romântica e desinformadamente desejado pelos militantes das diversas causas? A resposta pode ser afirmativa. Mas para viabilizá-la seria preciso uma consciência da necessidade coletiva, não de grupos, por mais vulneráveis ou articulados que sejam. Fundamentalmente, temos que inserir a lógica militante numa lógica mais ampla, a do interesse coletivo. É um longo caminho...

Pois bem, com esta digressão, penso que podemos situar melhor o panorama da esquerda sanitária, onde se inserem figuras importantes como Sônia Fleury, Arouca, Hésio, Nelson, Noronha, Capistrano, além de muitos outros.

Mas para fazer justiça não apenas a eles, mas à história da saúde e da reforma sanitária na Brasil é preciso aprofundar os acontecimentos de que foram atores e testemunhas nas últimas décadas (os que ainda estão vivos e se mantêm ativos). E aí, diga-se de passagem, nem tudo foram triunfos, flores, acertos e glórias.

Talvez fosse o caso de retomar uma pergunta que me fiz e aos meus pares na ENSP há quase 40 anos, sem obter outra resposta que não fosse um olhar enviesado ou espantado, de quem encontra na rua um ET: *onde os planos de saúde estão formando seus quadros técnicos e dirigentes?* Na ENSP e no IMS/UERJ certamente não era. Pois ali o afã era o de desmonte do sistema dicotômico e fragmentado que o Inamps havia deixado como herança. Mas muito pouco se falava em uma *pluralidade* de prestação de serviços, não necessariamente fragmentada, que certamente se instalaria, a partir do crescimento já notável de outras modalidades de assistência, longe do slogan otimista (e irreal) do “tudo para todos”. E deu no que deu.

Nós estávamos preparados para criar um sistema de saúde ideal, mas não fomos capazes de lidar com as contradições que a realidade nos impôs.

Gente que fez o SUS

Aqui cabe um esclarecimento: o SUS não foi feito apenas por estes indivíduos citados aqui. Estes são aqueles com os quais tive algum convívio e em quem reconheça mérito especial. Certamente há muitos e muitos outros a serem lembrados. Aliás, devo deixar claro: o SUS não é fruto de movimentos sociais amplos, como querem os militantes, mas sim de atores diferenciados, com nome e CPF, sem que isso retire qualquer mérito de uma construção que foi realizada a duras penas.

- Carlos Gentile de Mello

Fora da turma que um dia pugnou pela chamada Reforma Sanitária brasileira, aquela dos anos 80, talvez pouca gente conheça hoje Carlos Gentile de Mello. Ele era um médico de carreira do antigo Inamps (antes INPS) que se destacou pela sua visão abrangente da saúde, se esmerando, particularmente, na crítica à irracionalidade do sistema de saúde brasileiro, dividido entre a “saúde pública” pobre e abandonada e a “saúde previdenciária”, bem mais abonada, mas estupidamente gastadeira de recursos, além alcance não universalizado.

Ela era figura carimbada nos anos 70 e 80. Publicou alguns livros e se destacou no combate pela democratização da saúde a partir das trincheiras da grande imprensa, que não raramente abria espaço para ele. Além disso, tinha uma personalidade marcante, muito comunicativo e extremamente irônico, sem deixar de ser didático, em suas intervenções públicas. Eu o conheci no Rio de Janeiro, quando fui fazer meu curso de especialização na Escola Nacional de Saúde Pública. Em tal ambiente, ele, ao lado de Sérgio Arouca, Eduardo Costa, Hésio Cordeiro (este na UERJ), além de outros, eram as grandes estrelas das novas propostas que surgiam à esquerda do *establishment* inampsiano e governista em geral.

Gentile pode ser citado, sem nenhum favor, como um dos intelectuais da saúde que mais contribuiu para a utopia da Reforma Sanitária e da criação do SUS, embora para fazer justiça a ele e outros, seria de bom tom perceber que o sistema com que sonharam certamente se tornou bastante diferente com o que a realidade nacional engendrou.

Gentile estava sempre disponível quando se tratava da cruzada sanitária reformista. Assim, resolvi convidá-lo, em meados de 1981, para fazer uma palestra em Uberlândia, não só para meus colegas e alunos da Universidade, como para o público em geral.

Eu já era meio calejado com eventos públicos na cidade, principalmente se eram de teor político (ou também crítico, como era o caso). Difícil, quase sempre, reunir um bom público. E bem no dia de Gentile falar

desabou, no final da tarde, um temporal memorável. Mas ele só tinha um dia conosco e, assim, tivemos que tocar o projeto em frente. Esperando a chuva passar, consegui, com uma hora de atraso, reunir uma dúzia de abnegados e amigos.

Como o auditório reservado para o evento era o da Sociedade Médica, de localização central, achamos que o público seria maior, mas isso não aconteceu. Mas, em todo caso, tivemos a “honra” de contar com a presença do presidente da entidade. Coloco tal palavra entre aspas por motivos que logo se verá.

O tal presidente era um daqueles médicos visceralmente liberais, dono de hospital, famoso por suas intervenções desabridas e suas tiradas fora de hora. Era o que poderia ser chamado, nos termos de hoje, de um completo e acabado *sem-noção*. E ainda chegou vindo de alguma mesa de bar, coisa que seu hálito e seus gestos denotavam. Pelo que deu a perceber quando finalmente abriu a boca, tendo custado a fazê-lo por ter chegado atrasado, talvez tentando se inteirar do assunto em pauta, o presidente tinha captado só um detalhe relativo à palestra: *Gentile era do Inamps...*

E o *sem-noção* veio com tudo. Iniciou uma arenga interminável, na qual deplorava o valor das US e das GIH, os atrasos de pagamento, as glosas de contas hospitalares.

Detalhe importante: Gentile era um inimigo feroz do processo de pagamento baseado nas tais “US” e “GIH”, na verdade um tipo de pagamento por serviço prestado, que já naquela época havia sido superado em todo o mundo, por se constitui em terrível fonte de corrupção, além de multiplicador artificial de despesas com saúde. Vêm daí as famosas histórias relativas a apêndices operados duas vezes, amígdalas quatro, cesarianas em homens, além de cirurgias de próstata em mulheres.

Gentile era tão visceral em sua crítica a tal sistema de pagamento, que uma brincadeira corrente na ocasião, entre seus amigos, era a de que ela havia gravado em sua secretária eletrônica a seguinte mensagem, seu verdadeiro mantra: *aqui fala Carlos Gentile de Mello; deixe seu recado e não se esqueça: pagamentos por US e GIH são fontes inesgotáveis de corrupção e desvio!*

Mas o palestrante tentava acalmar o presidente: *mas meu amigo, eu também sou contra isso tudo! Eu defendo outro estado de coisas...* E o *sem-noção* retrucava: *mas se o senhor é do Inamps tem que esclarecer, porque aqui nós estamos quase morrendo de fome por falta de pagamento decente...*

Para finalizar, não custa revelar que, naquele tempo, a agência do Inamps em Uberlândia tinha cerca de quinze ou dezesseis médicos

auditores de contas hospitalares. Desses, apenas dois não eram donos ou sócios dos hospitais locais. Sem comentários...

Depois dessa desisti de me meter em tais aventuras.

- David Capistrano

Ele se foi. Foi a mensagem que recebi numa manhã de domingo, no início dos anos dois mil. Não pude ver seu corpo levado ao túmulo naquela cidade de Santos, que não foi justa com ele. Compreender este cara deveria ser ofício reservado aos amigos, mesmo quando o víamos em grandes cenários e não apenas na moldura de nossa amizade, como personagem da cena sanitária e política do país, na sua maneira quixotesca ou, quem sabe, brechtiana, de quem formulou projetos que foram seguidos por nós e por muitos outros - *epitáfio que nos honraria a todos*.

Mas como podia ter morrido este sujeito imprescindível, eu me inquiria. Será que morreria, de verdade, quem fez tantas coisas, pensou com tal potência e ainda esteve em tantos lugares? Seja no Recife, no Rio, em Bauru, em Santos, em São Paulo, em Brasília. Trajetória que, por si só, diz bem da dimensão de um lutador notável. Morria, então, um indivíduo que marcou presença no cenário do SUS e da Reforma Sanitária, incomodando a alguns; parindo tantas ideias; dedicando sua vida à causa de todos.

Como acreditar que pode ter morrido quem não sucumbiu nem nos cárceres da ditadura, nem do câncer? Não seria uma insuficiência hepática que iria derrotá-lo...

E no entanto, David ainda vive! Não será difícil dar com ele por aí, nas quebradas desse grande Brasil. Vamos procurá-lo nas ruas de Recife e do Rio, no movimento estudantil, nos embates das esquerdas, nas docas santistas, na administração pública e no debate político de sempre, na gestão do SUS, no Conasems, no Projeto Qualis, nas Casas de Parto e nos tantos projetos que este andarilho encarou e levou à frente, sem arroubos, talvez sem ilusões, mas sempre com a visão larga e o compromisso de quem plantou jequitibás, não pés de couve.

É por este caminho que seguimos com você, pequeno-grande companheiro!

- Gilson Carvalho

Eu o conheci de perto, embora um tanto tardiamente, cerca de 1990, quando eu já havia deixado meu posto de Secretário de Saúde em Uberlândia. Dessa época, minhas lembranças são mais vagas, mas

certamente detentoras de afinidade com aquele sujeito gordinho, com cara de personagem, ou de autor, parecido com Tolstoi como era. Presente aqui e ali nos encontros da saúde; repleto de energia, entusiasmo e graça; didático e convivente como ninguém; mostrando suas ideias em transparências coloridas, carregando uma eterna e surrada pasta marrom. Era impossível não prestar atenção no seu tipo e mesmo deixar de gostar dele.

Em 1993 estávamos no Ministério da Saúde, na transição INAMPS - SAS. Ele não me conhecia – ou conhecia pouco – mas teve a gentileza de me confirmar em sua equipe. Ali, durante três anos agitados, levamos muita pancada, mas fizemos alguns gols também. A hoje esquecida, embora muito apreciada no seu tempo, Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB 93) é apenas a ponta do iceberg. Mas na sua esteira vieram a regulamentação do repasse fundo a fundo, o desenvolvimento do programa de Saúde da Família, a dimensão nacional do PACS. E o mais importante: tínhamos alguém *dos municípios*, finalmente, pilotando a imensa nave que antes nos esmagava.

Em uma dessas pancadarias, talvez naquela tentativa de intervenção que o Ministério do Planejamento promoveu no MS no início da década, a lembrança dele é forte: cansado, com olheiras, o peso aumentando, mas nem assim perdia a confiança histórica no SUS. Uma dessas malvadezas foi a “brittada”, que Antonio Britto, então ministro da Previdência Social, numa canetada suprimiu quase trinta por cento dos recursos da Seguridade Social que iam para a saúde, sob o argumento de que “era preciso salvar os velhinhos”. Britto prejudicou a saúde, com certeza, mas até hoje há controvérsias se isso teria feito bem para os tais velhinhos.

Neste momento o coração já lhe falhava e, preocupados, o acompanhamos em um internamento de alguns dias em um hospital de Brasília. Saiu logo do recolhimento, constrangido de estar em um serviço privado, e ato contínuo já estava em sua sala na SAS, até altas horas e até praticamente pernoitando ali. Curiosidade de sua breve estadia hospitalar foi o fato de que sua esposa, Emília, alguém do mesmo estofa que ele, finalmente conseguiu trazer-lhe uma profissional para lhe cortar as unhas do pé. Ele simplesmente não conseguia tempo para fazer algo assim no seu cotidiano.

A partida de Gilson em 2013 era a notícia que eu não queria (mas temia...) receber. Acho que partiu o melhor entre todos nós, o que não esmorecia, o que possuía a fé que movia montanhas, o que não se dava nunca por vencido, o que enxergava luz onde os outros se perdiam em trevas... Gilson das madrugadas insones, Gilson, o homem inquieto na quietude apenas aparente de sua mesa de trabalho, enquanto a mente perseverava em encontrar soluções para o seu SUS, para o nosso SUS. Gilson das Domingueiras, das segundas, terças, quartas, quintas e

sextas feiras; das noites e dos dias. Gilson que escolheu descansar só depois de partir. Uma pessoa verdadeiramente imprescindível!

Nós, que aqui ficamos, tivemos pelo menos o consolo de ter conhecido este sujeito sem par, de compartilhar um tanto de sua alegria e energia. Saudades, teremos muitas de Gilson. Mas ao mesmo tempo, nos consolamos em saber que ele continuará vivendo em nosso coração e em nossa ação. Gilsão, apressado, foi ao encontro de sua Emília, que havia partido antes e assim, nesta ocasião, escrevi em honra dele: *a gente não aceita, mas compreende, esta partida assim tão fora de hora.*

- Nelson Rodrigues dos Santos

Espero que consiga, com este texto, homenagear, o querido *Nelsão*, já que me senti suficientemente homenageado com o convite do Conasems para redigi-lo.

Quando escrevi “Municipalização: Veredas”, em 1998, mandei os originais para uma revisão profissional e ao receber o texto corrigido notei várias observações sobre o fato de estar chamando alguém pela sua alcunha, não pelo nome completo e verdadeiro, de maneira supostamente informal e pouco condizente com um texto como aquele, que viraria livro editado pela Abrasco.

Minha primeira reação, confesso, foi de recuar e substituir cada “Nelsão” daqueles marcados em vermelho, por “Nelson Rodrigues dos Santos” ou, na melhor das hipóteses, “Nelson”. Felizmente, entretanto, logo cheguei à conclusão que aquela revisora poderia entender muito de língua portuguesa, ou de normas editoriais, mas não entendia nada de SUS. Assim, ficou Nelsão mesmo. E seriam muitas as tais correções que eu teria de fazer, pois não havia como citar de maneira mais escassa o referido personagem, se o assunto em pauta era o movimento municipalista de saúde no Brasil.

Ser conhecido por um apelido carinhoso, não pelo nome pelo qual se é conhecido no banco ou no cartório, não deixa de ser um atributo que poucas pessoas obtêm como privilégio ao longo da vida. Exemplos notáveis que me vêm à mente: Pelé, Lula, Betinho, Nonô...

Conheço Nelsão desde os tumultuados e generosos anos 70. Conheci-o muito antes do que ele me conhecesse, aliás. Eu era um jovem médico (ele é apenas um pouquinho menos jovem do que eu) e já sabia da saga daqueles outros moços que haviam embarcado numa canoa que parecia promissora, a criação do curso de medicina e, quase simultaneamente, da secretaria municipal de saúde de Londrina. E acompanhara passo a passo, pela “Saúde em Debate” e pelo correio informal (que naqueles tempos bicudos substituíam a imprensa amordaçada) a briga daquela moçada contra um coronel de plantão – ou algum preposto do mesmo.

Embarcar em canoas que pareciam promissoras e depois fizeram água... Eis uma boa imagem para definir a história de toda uma geração que se envolveu com as coisas da saúde neste País.

Porém algumas embarcações, sem dúvida, nos levaram a portos mais seguros. Em 1984, por exemplo, em plena euforia da redemocratização e, particularmente, em tempos muito promissores para a saúde, o jovem de Londrina estava agora em Campinas, como secretário municipal de saúde e resolveu organizar uma reunião de seus pares paulistas. Foi gentil comigo, recém secretário em Uberlândia e praticamente desconhecido no meio: convidou-me para a tal reunião. Tudo isso poderia parecer coisa simples e até banal, mas foram eventos como aquele, inéditos até então, que começam a delinear o que viria a ser um pouco mais tarde os conselhos de secretários municipais de saúde, Cosems e Conasems.

Não se passaram dois anos e estávamos todos, ainda jovens e cheios de ilusões – benfazejas ilusões! – na oitava Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Ali nosso personagem estava como em sua própria casa, circulando ativamente no seu traje cotidiano, camisa branca para fora das calças e sandálias, nos salões e arquibancadas do Ginásio de Esportes de Brasília, à procura de secretários de todo o Brasil. Naquele tempo essa gente ainda não se conhecia, como agora. O resultado foi uma reunião informal, realizada em uma das arquibancadas, com algumas dezenas pessoas presentes, todas ligadas à gestão municipal.

Apesar de sua singeleza e informalidade, é essa reunião que representa um marco inaugural do movimento municipalista de saúde no Brasil. Fizemos um pacto de organizarmos ao máximo à nossa base para levarmos no ano seguinte, em Londrina, linda cidade que tem presença marcante nos movimentos da saúde, a proposta da criação de um organismo nacional de SMS. Dito e feito!

Entre tantas qualidades que me saltam à mente para me referir a Nelsão, prefiro um termo que mais parece mais preciso, mas também mais abrangente: *generosidade*. Uso aqui esta palavra em todos os sentidos possíveis: generosidade política, intelectual, moral, pessoal. Enquanto muitos naqueles anos pesados se refugiaram na crítica necessária, mas cômoda, no seio das academias, Nelsão não. Ele foi à luta. Aceitou cargos em Campinas, no governo estadual de São Paulo e no Ministério da Saúde. Não o fez em nome de projetos pessoais ou de grupos políticos, mas sim como prática de sua generosidade intrínseca. Era preciso, afinal de contas, transformar aquelas ideias acalentadas em Londrina, em Campinas e em tantos lugares do mundo e do Brasil, em ação concreta, em fazer político, em estratégia de argumentação e convencimento para tantos que esperavam uma boa nova na saúde.

Naqueles tempos sombrios isso era ousadia em grau máximo. O sujeito apanhava dos dois lados. Do lado “de lá”, até compreensivelmente. Mas

do lado “de cá” a pancadaria era grossa, também, porque as esquerdas praticavam uma crítica mais acerba ao que chamavam de “cooptação” do que propriamente à omissão frente a responsabilidades públicas, optando claramente pelo “quanto pior, melhor”. Mas com Nelsão, não! Isso não colava.

O movimento municipalista de saúde no Brasil, do qual o Conasems é a expressão material e concreta, deve muito a Nelsão. Mesmo sem ter participado diretamente de nenhuma diretoria da entidade ele faz parte de sua história e de seu espírito. Mas Nelsão tem deixado também suas marcas em outras áreas da saúde, na história das conferências nacionais, por exemplo, e no Conselho Nacional de Saúde, do qual foi secretário executivo. Sua produção escrita é abundante e coerente com sua generosidade. Elabora textos curiosamente pontuados de forma precisa, pormenorizada, quase cartesiana, às vezes até redigidos em tópicos numerados, que já fazem parte da história do conhecimento acumulado do SUS nas últimas décadas. Como se sabe, não permitiriam a seu autor somar um único ponto nos *rankings* na carreira acadêmica (que ele insiste em cultivar paralelamente). Mas não importa: quem está envolvido com a construção do SUS os conhece de cor e salteado. Os critérios acadêmicos que se reciclem!

Que o pó de nossos sonhos não realizados e de nossas viagens abortadas no percurso não nos sepulte a esperança. Essa é a grande lição que sempre nos trouxe Nelson Rodrigues dos Santos – Nelsão para todos – generoso ser humano, grande amigo, homem que faz história, eterno batalhador da saúde!

- Sonia Terra

Eu a conheci por volta de 1985. Eu era secretário municipal de saúde em Uberlândia e estava em Brasília, no Ministério da Saúde, para um pequeno giro, de pires na mão, buscando não tanto dinheiro, mas apoio técnico e simbólico. E me dei com aquela Dama, ao mesmo tempo, técnica e afetuosa, disposta a colaborar! Ela fazia parte de uma pequena equipe voltada para o que se chamava formalmente “apoio a serviços de saúde” – ou algo assim. Assuntos que hoje teriam uma secretaria inteira do Ministério só para eles...

Considerem, todavia, que “serviços de saúde”, naquele tempo, eram coisas que pertenciam à esfera do próprio MS ou, no máximo, dos estados. Municípios, nem pensar. Mas Sonia foi com a minha cara e eu com a dela. Convidei-a para uma ida a Uberlândia, onde ela se reuniu com a minha equipe e deixou um montão de ideias, algumas bem pragmáticas, outras que apenas nos fizeram sonhar com tempos futuros (que nem sabíamos que acabariam chegando).

Deste então passei a vê-la com alguma constância, fosse em Brasília, ou em eventos fora. Particularmente, na série de reuniões, realizadas entre

1985 (em Montes Claros) e 1988 (em Olinda), que marcaram tempos importantes para todos nós da saúde: Assembleia Nacional Constituinte, Oitava Conferência Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Reforma Sanitária, fundação do Conasems. Tive o privilégio de estar nestes eventos e também de ter convivido com gente como Sonia.

Em 1988 Sonia Terra busca novos horizontes. Em um tempo que para nós da saúde o Canadá era apenas um país distante e meio “encoberto” pelos Estados Unidos, ela abre caminho, faz contatos e ganha respeito entre os de lá. E eu a visitei lá, ficando hospedado em sua casa no bairro judaico de Outremont, no *banlieu* de Montreal. Sonia fez seu mestrado em Saúde Pública na Universidade de Montreal. Hoje sabemos de sobra que a experiência do Quebec é modelo e referência para o SUS. Mas, naquele tempo, isso era território ignoto. O intercâmbio prossegue, com canadenses que continuam a vir ao Brasil e brasileiros já lá estiveram, como é o meu caso também, ou ainda lá estão. Creio que, sem nenhum favor, podemos colocar Sonia Terra como precursora e agente deste movimento que tem sido tão produtivo para nós e para os canadenses também.

Ainda tive muitos outros aprendizados com ela. No Ministério da Saúde, no Conasems, na OPAS e, principalmente, na vida. Seis meses por ano ela estava no Quebec, mas ao chegar aqui sempre tinha uma palavra de amizade, confiança e transmissão de conhecimento para os muitos amigos, como eu, que com ela conviveram.

Sua passagem por nós me traz, mais uma vez, recordações carinhosas e expressivas. Procurando uma palavra, um termo que a pudesse definir, encontrei a seguinte imagem. Sonia Terra, em meados dos anos noventa, trabalhando na OPAS, ao ser solicitada para apoiar a SAS/MS, onde eu estava naquela ocasião, em um tema bem corriqueiro da época, creio que a implementação daquilo que um dia se chamou NOB 93, nos disse: “que tal se vocês pudessem pensar no futuro? Acho que no futuro do SUS isso não mais existirá...”. Dito e feito!

É isso aí: Sonia vivia no futuro! Nem sempre foi possível acompanhá-la em sua máquina do tempo. Mas como disse Brecht: “ela formulou projetos, nós os seguimos (ou tentamos, digo eu); um epitáfio assim, nos honra a todos”.

Beijos, Sonia, boa viagem dentro do Futuro!

- Rosane Cunha

Eu a conheci numa época que eu viajava por todo o Brasil, graças ao cargo que tinha no Ministério da Saúde. Corriam os anos 90 e a saga do SUS já estava iniciada, em tempos sem dúvida mais promissores do que os atuais. E o tema, na ocasião, era a descentralização, fazer chegar aos municípios as novas responsabilidades previstas na Constituição, com

a transferência de financiamento e das redes de serviços federal e estaduais – não necessariamente nesta ordem. Em alguns estados isso era uma verdadeira *via crucis*, com confrontos múltiplos, seja do poder estadual contra o municipal, dos municípios pequenos contra os grandes, dos partidários versus os opositores do governo de plantão, quando não de todos contra todos. E lá ia eu, assim como outros técnicos do MS, seja para garantir as determinações constitucionais, na melhor das hipóteses, ou apenas para apartar brigas.

Mas eu falava de alguém que conheci nessas lidas...

O estado era Minas Gerais e lá as coisas corriam até suavemente. Era o governo de Itamar Franco e apesar das permanentes dificuldades na saúde as coisas caminhavam bem. Aliás, até muito bem. A rede estadual estava sendo toda repassada aos municípios, mediante um processo de apoio técnico e compartilhamento de responsabilidades. E a equipe da Secretaria de Saúde do estado era um primor: um monte de gente jovem, animada, verdadeiros apóstolos das ideias descentralizadoras. Entre elas estava aquela moça pequena, de voz calma e quase inaudível em alguns momentos, sempre com longas saias ou vestidos à moda hippie.

Lembro que meus primeiros contatos com ela foram um pouco decepcionantes, pois sempre ocorriam em cenários movimentados ou barulhentos e com aquela voz que mais parecia um murmúrio eu simplesmente não conseguia entender o que ela dizia. Mas quando a equipe da SES pegava um microfone para explicar às plateias municipalistas os desígnios da política estadual de saúde, a coisa mudava de figura. Aquela moça, especialmente, bem se fazia entender e era capaz de perder horas inteiras respondendo perguntas do auditório, algumas bastante simplórias, outras beirando a agressividade.

No final deu certo. Creio mesmo que Minas deu um verdadeiro show de competência, num cenário nacional em que havia até esposas de governadores, sem cargo efetivo nos respectivos governos, mas que cuidavam de assuntos estratégicos da saúde, com repercussões clientelistas, por exemplo a distribuição de cotas de internação aos prefeitos e secretários municipais da área. Meu estado tomou um caminho sem dúvida mais republicano.

Mas o meu assunto aqui é a Moça.

Foram feitos seminários nas várias cidades polo de MG: BH, Uberaba, Uberlândia, Montes Claros, Teófilo Ottoni, Governador Valadares, Juiz de Fora, entre outras. Eu como um dos poucos (ou único) mineiro na equipe da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério fui designado para acompanhar aquela movimentação e o fiz de muito gosto. Na ocasião, depois de um dia inteiro de discussões e esclarecimentos, o costume era nos reunirmos em algum restaurante ou boteco, para

comentar as coisas do dia e nos confraternizarmos. Lembro-me que a Moça esteve ao meu lado algumas vezes, mas se durante o dia eu não a ouvia, naquelas mesas em que a cerveja e a cachaça escorriam à solta, isso era mais difícil ainda. Mas acabaram surgindo oportunidades para conversas em ambientes mais calmos e aí eu a conheci de perto – e finalmente pude saber direito quem era ela.

Rosani Evangelista da Cunha era mineira de Montes Claros, terapeuta ocupacional de profissão e membro do corpo docente da Escola de Saúde de MG, que dava apoio ao processo de descentralização do qual eu também participava, como agente federal.

Tempos depois, numa iniciativa que coordenei, as diversas escolas de saúde existentes no país foram chamadas a cooperar com o MS, mediante processo seletivo. Minas logo se fez presente e Rosani veio até minha sala no Ministério com o projeto deles, uma série de seminários para capacitar gestores. Tal projeto teve que entrar em uma fila, mas eu já movido por simpatia com o grupo, que tinha também outras pessoas bacanas, como Lucia Sarappo, a diretora da Instituição, resolvi convidá-los para algo que pertencia à minha governabilidade, ou seja, a elaboração de uma série educativa de cartilhas para que os gestores municipais compreendessem o processo de descentralização em curso.

Como aceitaram e produziram os dois primeiros textos da série, passamos a ter contatos mais frequentes. Nessa ocasião eu já havia aprendido a conversar com ela, procurando ambientes mais calmos onde eu lhe pudesse ouvir o fio de voz. Passamos a nos ver, também, quando eu ia a BH, em encontros sociais, entre amigos diversos. Da Escola de Saúde ela passou para o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de MG, daí para Gabinete do Prefeito de BH, Célio de Castro e depois para a Frente Nacional de Prefeitos.

Na virada do século ela veio se instalar em Brasília, aprovada que fora no curso de formação de gestores da ENAP (Escola Nacional de Administração Pública) e mantivemos nossos contatos, com alguma frequência, agora contando com a presença de seu novo parceiro de vida, Nilson Figueiredo, que logo se tornou meu amigo também.

Daí para frente, quando ela terminou o curso na ENAP, seu sucesso evoluiu como um míssil – do bem! Esteve no Palácio do Planalto durante algum tempo e logo depois foi para o Ministério de Desenvolvimento Social, em posição de assessoria. Onde aquela moça de voz baixa chegava, contudo, as coisas logo mudavam, seja no seu entorno, seja diretamente para ela. E assim, no Governo Lula foi criado o programa Bolsa Família e ela lá chegou como assessora. Sempre em movimento aquela moça, mas sempre a convite de suas chefias, que logo reconheciam nela as qualidades que nós, seus amigos, já conhecíamos de sobra: uma pessoa cortês, suave, articulada, inteligente, sumamente concentrada no que fazia e que se

desempenhava bem nas missões mais difíceis. Em pouco tempo ela chegou à chefia do programa e o dirigiu na fase mais expansiva do mesmo, quando ele se transformou na grande revolução que mudou o panorama da pobreza no Brasil. Todos falam muito de Lula e de Patrus Ananias, o Ministro da ocasião. Mas que não se esqueçam que não fosse aquela mineirinha montesclarensense de voz murmurante, o sucesso talvez não tivesse sido o que de fato foi.

Em 2009, no auge de sua atuação no MDS, já como uma das Secretárias Nacionais da pasta, ela que nunca descansava, aproveitou uma viagem de representação na Argentina para fazer um *tour* de lazer pelo interior do país. E ali, num fim de tarde fatídico, talvez pela ofuscação pelo sol que se punha no Pampa, o carro onde estava, com Nilson e amigos portenhos, se desgoverna e Rosani, atirada para fora do veículo, nos deixa para sempre, para tristeza minha e de muitos mais.

Pequena grande mulher! Tivéssemos meia dúzia como ela, seria possível mudar não um gabinete, uma repartição ou um programa, mas todo um país.

Mas existem também aqueles que eu chamaria de *Pequenos Grandes Homens* da construção do SUS. Gente que na modéstia de seu trabalho no interior do país de certa forma exercitou *um SUS antes do SUS*, ao praticar uma medicina generalista, humanizada, voltada para todas as faixas etárias e classes sociais, em profunda articulação com a comunidade. Vamos conhecer alguns deles, que marcaram a minha vida, sem deixar de lembrar que existem muitos outros.

- José Garcia Brandão

Em meus anos de atuação na Diretoria Regional de Saúde de Uberlândia tive oportunidade de conhecer muitas pessoas que militavam na área, como colegas de trabalho ou, especificamente, como pessoas supervisionadas por mim em seu trabalho nas Unidades de Saúde da SES-MG espalhadas pela região. Conheci de fato muita gente. Alguns verdadeiros missionários; outros, nem tanto. Certos indivíduos fariam boa figura atrás de alguma grade... Gente lamentavelmente pouco consciente de seu papel na assistência ou na gestão da saúde dentro de um sistema público. O certo é que ainda não havia SUS e eu mesmo não poderia me jactar de já possuir consciência tão apurada. Há um desses, porém, que poderia ser o patrono dos demais: José Garcia Bandão. Era mais do que o médico chefe do Centro de Saúde em Patrocínio. Era uma figura emblemática, no melhor sentido que esta palavra pode ter, na cidade. Ex-Prefeito, ex-Provedor da Santa Casa, presidente do Lions Clube, vicentino militante – tudo o que faz de um homem em comunidade personalidade prestante e imprescindível, embora sejam coisas às vezes valorizadas (ou mesmo autovalorizadas) de maneira equivocada. Nossa primeira conversa, ele respeitoso comigo, afinal seu supervisor, novidade que ele recebia pela primeira vez depois

de décadas de trabalho, já foi marcada pela simpatia mútua. Nossa diferença de idade talvez ultrapassasse os trinta anos. Difícil foi manter a conversa nos trâmites burocráticos. Ali mesmo descobrimos que tínhamos origens familiares comuns, no Oeste de Minas; ele de Iguatama, meu pai e meus avós paternos de Pains e Formiga. Sobre sua filha, Maria Helena, me avisou: você deveria conhecê-la, vai gostar dela, pensa do mesmo jeito que você. Dito e feito, ela e eu nos tornamos grande amigos e também lhe presto homenagem em outra seção destas memórias. Anos depois... Do portãozinho do jardim da casa de sua fazenda, em Patrocínio, ainda o ouvi repetir: que você seja feliz, que Deus lhe abençoe... Entrei no carro depressa, com certo pudor de que ele me visse os olhos molhados. E vim pela estradinha de terra, depois pela rodovia, gozando o privilégio de ter encontrado, em plena maturidade, aquela especial figura de pai e amigo. Havia, então, seis meses que não nos víamos. Ele estava doente, de câncer, com um prazo de vida indefinido pelos médicos, provavelmente curto. Acompanhava-o, entretanto, à distância, sabendo-o machucado pela moléstia, com o rosto alterado pela brutalidade da quimioterapia. Eu não queria vê-lo naquele estado. Outra coisa, ainda, me mantinha distante. Eu rompera um casamento de muitos anos e tinha medo de que o afeto que ele sempre dedicara ao casal, não sobrasse para mim, que trilhava agora outros caminhos. Ou que me recriminasse, por partir vínculos tão sagrados. Aquela visita me deixava um tanto angustiada, com medo da reação que ele pudesse ter. Fui então encontrá-lo na fazenda, onde poderíamos usufruir da privacidade que a casa da cidade, na qual a família, numerosa e comunicativa, com certeza não nos permitiria. Nada, porém, foi como eu temia. Recebeu-me com as honrarias de sempre. Mostrou-me as novidades no curral e os chiqueiros reformados, o novo trator, o viveiro para o qual havia adquirido um punhado de novos habitantes, desde porquinhos da Índia, para alegria dos netos, a uma rara cacatua, além de galos e galinhas exóticos, de polainas e crista caída sobre os olhos. Era daquele tipo de pessoa que, mesmo condenado por uma doença maligna, mandava plantar mais dez mil pés de café, reformar a casa e povoar um novo viveiro. Além disso, trocara o carro por um mais novo e mais veloz. Notei, naquele dia, que apesar da disposição em me exhibir as benfeitorias, ele ofegava ao caminhar. Suava, talvez, um pouco mais que o costume. Ao transpor o rego d'água, não armou o costumeiro pulo, majestoso, que apesar dos setenta e sete anos, ainda lhe permitiam as longas pernas. Antes, preferiu passar pela prosaica pinguela, destinada, naqueles passeios, apenas às mulheres. Chamavam-nos para o café, preparado ritualmente pelas empregadas, uma tradição nas casas da cidade e da fazenda, desde o tempo em que ainda era viva a esposa. Na mesa grande, três ou quatro quitandas diferentes, queijo de Minas feito em casa, além de, é claro, bom café plantado, torrado e moído ali mesmo. Na mesa, a sós comigo, dirigiu-me o olhar azul profundo, inquiridor, sem deixar de ser carinhoso: e você, então... Falou de um modo que me deixava livre, para interpretar e responder a pergunta como quisesse. Resolvi encarar pelo lado que, até então, evitara. Abri-me, como nunca pensei ser capaz. Eu

tinha com ele uma relação afetuosa e franca, mas, nunca antes me sentira capaz de confissões tão pessoais e íntimas. Escutou-me calado, paciente. Creio que nem me fez perguntas. Apenas me deixou falar, sem qualquer gesto intempestivo ainda preciso mostrar muita coisa a você; aqui na fazenda não se para nunca, tem sempre novidades. Fomos aos cafezais e à nova gleba recém incorporada. Depois ao pomar de laranjeiras que começavam a ser substituídas por enxertos novos, por estarem caducas muitas delas. Mais uma vez estivemos no curral, para assistir à tirada vespertina do leite. E, principalmente, continuamos a conversa longa e macia que, entre ele e eu, mesmo com tantos anos de diferença na idade, parecia nunca ter tido começo ou fim. Era um final da tarde, de um mês de junho. O céu vermelho fazia como que um lençol contínuo com os morros recobertos de capim gordura. Esfriava. Eu tinha pela frente quase duas horas de estrada que me separavam de casa. Na soleira da varanda, abraçamo-nos, com um contato físico breve e um tanto duro, como era de seu feitio. Por um momento, ficamos silenciosos e melancólicos, mas, principalmente, lembro-me bem, emocionados. Os olhos azuis tornaram a me fitar, com surpreendente profundidade e clareza. Disse-me, então: ninguém pode julgá-lo, muito menos eu. O importante, na vida é ser feliz. Siga seu rumo, se você já sabe que a felicidade lhe espera. Isso é o que importa, não o julgamento de alguém, seja lá quem for. Deus há de te abençoar. E me fui, no rumo de casa, enxugando com as costas das mãos, repetidas vezes, as grossas lágrimas, já misturadas com a poeira vermelha da estrada. Havia no ar um prenúncio de que talvez não tivéssemos outro encontro. Aquele pai, que escolhi ou pelo qual fora escolhido, não sei bem ao certo, me abençoara. E com isso eu seguia aliviado, em busca da felicidade que merecia. E ela me pareceu, naquela hora mágica, uma busca que justificaria toda uma existência. Não mais nos vimos. Três ou quatro meses após minha visita, veio a falecer durante uma pescaria com amigos, no pantanal mato-grossense. Vi-o no funeral, com a face serena de quem confiara a alma ao espírito das matas, dos rios e dos peixes. Alegrei-me por ter meu amigo encontrado, daquela forma feliz, a libertação da doença e do sofrimento.

- Pedro Donatti do Prado

Gurinhata quase ninguém sabe onde fica. É uma pequena cidade do Triângulo Mineiro, mais pobre do que rica, sem maiores atrativos que não sejam pastagens e as plantações de feijão e milho. E muita desigualdade social. Foi lá que conheci Pedro Donati do Prado, recém-chegado de Belo Horizonte para se converter no primeiro médico a residir na cidadezinha.

Pedro, em si, já era a novidade personificada. Um médico em Gurinhata, afinal de contas era algo inesperado. Doutores havia muitos, em Ituiutaba, distante sessenta ou setenta km, mas só pareciam ali

para conferir a boiada ou fazer uma caridadezinha... E ele de médico quase não tinha nada; simples como ninguém, andando de sandálias para todo lado, nem usava a farda branca.

.....

Formara-se na UFMG, mas vinha de família apenas remediada, de ascendência italiana, do Sul de Minas, quase São Paulo. Sua cidade era Jacutinga, se não me engano. Fora criado na roça e conhecia bem os costumes e o linguajar que também vigoravam em Gurinhatã. Além de atender no “postinho” passou a participar de todas as reuniões que lhe convidavam – outra novidade para os locais, ainda mais partindo de um médico, como ele. Era de família muito católica e havia sido seminarista, sem abandonar a fé, apesar de ter renunciado aos votos. Quando não era convidado para tais eventos, era ele quem os convocava, por variados motivos: organizar o grupo de mães, o calendário de vacinações, o controle do lixo, das criações de porcos, etc. e como Gurinhatã não tinha padre residente, ele passou a fazer às vezes de sacerdote também, no que lhe era facultado canonicamente, incluindo em seu ofício o ecumenismo e a aproximação com os evangélicos, sempre em benefício da saúde geral.

Pedro passou a se dedicar especialmente à causa da hanseníase. Não só na cidade, como no restante do Triângulo Mineiro, antigo refúgio para os pobres leprosos perseguidos em outras partes do estado, os pacientes e suas famílias se recolhiam a lamentáveis guetos, sofrendo abertamente o preconceito dos demais cidadãos, às vezes tão ou mais pobres do que eles. E Pedro, como se não lhe faltassem outros desafios, passou a se dedicar de corpo e alma à luta contra o estigma e ao controle da doença.

Certo dia conseguiu que um grupo de usuários, associado a pessoas que participavam de uma das Comunidades Eclesiais, acesse em participar de reunião em que também estariam presentes hansenianos e respectivas famílias. Então, aceitando correr os riscos culturais, mas não os biológicos, por inexistentes, tomou um dos pacientes pelas mãos e o conduziu à linha de frente da reunião. Ali, à maneira de um Cristo, beijou-lhe as faces e as mãos, sabendo que isso poderia, finalmente, desfazer perante as pessoas presentes e através delas ao restante da comunidade, o equívoco das crenças sobre o contágio da lepra. Assim era Pedro.

Pedro ficou em Gurinhatã por muitos anos. Virou prefeito, como seria de se esperar – nada mais natural. Foi depois educar os filhos em Ituiutaba, o que também seria algo bastante legítimo, porém sem perder seu vínculo com a cidade, já em condições de abrigar outros médicos permanentes.

Eis uma frase que resume bem sua personalidade, embora proferida por um adversário, um laboratorista que antes de sua chegada mandava e desmandava no Posto de Saúde, fazendo, entre outros papéis, o de

médico: *doutor, eu não sei se o senhor é santo, subversivo ou louco.* Acredito que meu amigo Pedro Donati do Prado tivesse, de fato, um pouco de cada um desses ingredientes em sua personalidade.

- Luiz Carlos Lemos Prata

Conheci aquele sujeito calmo, mas bastante comunicativo, em uma reunião de Secretários Municipais de Saúde, em Belo Horizonte, meados da década de 80. Ali era tudo novidade, até mesmo nós próprios. Eu, por exemplo, era o primeiro secretário de fato e de direito em Uberlândia, já uma das maiores cidades de MG, mas que até então não tinha sua estrutura própria municipal na saúde.

Eu em Uberlândia, ele em Manhuaçu, no outro extremo do estado; ele também inaugurando a carreira de gestor da saúde em sua cidade. Nosso primeiro contato foi protocolar, empenhados que estávamos, junto ao um grupo ainda muito reduzido, de organizar o movimento de SMS em Minas. Mas estreitamos os laços nas semanas seguintes, em frequente ligações interurbanas, com foco no nosso objetivo comum.

A partir daí, passamos a nos encontrar com mais frequência, inclusive com tempo para colóquios mais pessoais, o que me permitiu conhecer um pouco mais da história desse sujeito notável. Tínhamos sido quase contemporâneos na Faculdade de Medicina da UFMG, eu formado em 1971 e ele em 1968, mas não nos conhecíamos daqueles salões e corredores da Avenida Alfredo Balena. Logo que formou, Luiz Prata voltou para sua cidade natal, Manhuaçu, lugar montanhoso, na divisa entre MG e ES, famosa nos anos 60 por ter abrigado uma tentativa de guerrilha no estilo cubano, dado sua proximidade com as montanhas do Caparaó. Cidade, como tantas outras no Brasil, rica e pobre ao mesmo tempo, marcada pela (quase) monocultura do café, com seu cortejo de associações menos desejáveis: migrações desordenadas, pobreza, tráfico, ocupações mal planejadas de morros etc, além de uma rodovia assassina, a BR-262, cortando seu território.

Luiz especializou-se em pediatria. Junto com a esposa, Beatriz Lourenço, agitou a cidade com um forte trabalho social, seja no hospital e na sede da LBA local, tendo como foco a saúde das mães e das crianças. Eram daquelas pessoas que praticamente renunciaram à vida individual, em total disponibilidade para a vida em comunidade, cotidianamente. Enquanto isso, vieram os filhos, seis no total.

Luiz Prata, muito mais do que eu em Uberlândia, enfrentou o forte conservadorismo e os péssimos costumes políticos de sua cidade. Foi secretário de saúde em três ou quatro ocasiões, com prefeitos de partidos diferentes. Com efeito, naquele homem estava presente a marca do respeito e da responsabilidade, não do partido político. E ele,

que após cada mandato julgava ter cumprido sua cota, via-se assediado por mais um convite, que era incapaz de negar – não por vaidade ou ganância – mas por ver ali oportunidade de fazer prosperar suas ideias igualitárias e democratizantes na saúde e na política social, tendo a seu lado a marcante e querida companheira Bia.

De certa feita, por questões típicas da baixa política que se pratica no Brasil, foi removido da saúde em troca de uma função menos importante, que ele aceitou de bom grado, movido pelo espírito de que seria sempre possível servir à cidade. *Me mandaram para o lixo*, comentou comigo na ocasião. Mas sem deixar de se empenhar na implantação inédita, para a cidade de Manhuaçu e também para a região, da coleta seletiva e da educação para a reciclagem do lixo.

Luiz era um entusiasta da participação social. Tive a oportunidade de ser convidado para pelo menos duas conferências municipais de saúde em Manhuaçu, onde falei sobre o SUS e suas vantagens para a população. Tarefa difícil, não pelo conteúdo da argumentação em si, que eu trazia na ponta da língua e no âmago da alma, mas pela necessidade de tentar trazer algo ainda mais interessante do que a realidade que aquelas pessoas já viviam em seu dia a dia. Tínhamos, nesse campo, nossas divergências. Se dependesse dele, cada cheque que o gestor assinasse devia ter a chancela do Conselho Municipal de Saúde. Já eu procurava ser mais cauteloso, pois sempre questioneei aquele “poder deliberativo” que a Lei 8142 conferira aos conselhos, por considerá-lo demagógico e impraticável. Mas nem por isso abrimos mão de nossa admiração e amizade.

Eis um fato que demonstra e confirma a estatura moral deste homem. Nos anos noventa, quando já tinha criado e praticamente feito a vida seus seis filhos, adotou mais três. É que perdera um irmão e sua mulher, tragicamente, num acidente na famigerada BR-262. Eram crianças adotadas pelo casal falecido, que tinham problemas de infertilidade, o que por si só houvera sido um gesto generoso, por se trataram de filhos de pessoas muito pobres e, além do mais, já assumidas com certa idade. Luiz e Bia poderiam ter transferido o caso para a Justiça, mas não o fizeram. Na ocasião da adoção passei por Manhuaçu e os visitei. O quarto dos recém-chegados mais parecia aquele de Branca de Neve e seus amigos anões: caminhas enfileiradas para abrigar os três adotados e mais uma para a babá.

Quando lhe comuniquei que estava separando de minha mulher, que ele mal conhecia, ele me interrompeu para dizer: *não importa, continuo gostando de você mesmo assim*. Ditoso o homem que tem amigos de tal naipe...

Dr. Brandão, Pedro Donatti e Luiz Prata são apenas três exemplos de gente séria que conheci em meus anos de exercício na saúde pública. Encontrei muitos outros em meu caminho, gente de estofo moral superior ao daquele médico que vendia a talidomida que vinha da SES-MG para tratar os hansenianos em crise e ainda por cima exigia um anteparo de vidro para atender os pobres pacientes sob sua responsabilidade. Ou daquele que um dia me disse candidamente: *quando um pai tem muitos filhos, destina o mais inteligente à medicina ou à engenharia; o mais piedoso ao sacerdócio e o que não tem boa cabeça ao serviço público*. Não preciso dizer que o doutor, vaidoso membro da oligarquia triangulina, era campeão de faltas ao trabalho e de arrogância no trato com os pacientes na unidade em que atendia. De toda forma não se considerava servidor público.

Mas de relance, quero fechar esta crônica trazendo mais alguns nomes. José Pereira de Rezende, médico em Monte Carmelo, de dedicação quase sectária ao seu ofício de médico e chefe de Centro de Saúde; este era capaz de adoecer quando uma criança pegava sarampo por não ter sido vacinada. Renato Patrão, de Ituiutaba, homem sério, verdadeiro líder na cidade e nas suas atividades como médico de Centro de Saúde. Amaury e Haroldo Ferreira, tio e sobrinho, no circuito de Estrela do Sul – Grupiara; neles o ofício da saúde parecia ser hereditário, a dedicação uma constante, sem abrir mão de um profundo senso de pertencimento à comunidade onde tinham berço. Salim Tannus, de Uberlândia, homem simples, vida dedicada aos pacientes tuberculosos. Domingos Rade, de Araguari, curioso personagem que não jogava fora os calendários, que abarrotavam as paredes de seu modesto consultório; nota dez em dedicação aos pacientes e à coisa pública. Virgílio Mineiro, de Uberlândia, figura inspiradora para mim, a quem nem um câncer fez abandonar projetos políticos e humanos.

Grandes homens, grandes médicos, grandes cidadãos, nunca abafados pelos limites estreitos de suas aldeias.

O lado “B” do SUS

No *mar aberto* do SUS naveguei como ninguém por este país. Viajar, afinal, é uma das principais atividades de que se ocupam os detentores de cargos de Direção e Assessoramento Superior, os populares “DAS”, na Esplanada dos Ministérios. E eu não fugi a tal regra, embora, deva confessar, não tivesse muito gosto em frequentar hotéis, aeroportos, aviões e reuniões burocráticas fora de minha base (e pensando bem, nela também). Mas como fazia parte de meu trabalho, não me restava outra opção a não ser embarcar. E assim houve ocasião em que eu iniciei a semana em Macapá e a encerrei em Caxias do Sul, com o enorme dilema de fazer a mala com os trajes adequados à mudança climática e, além disso, preparar minha agenda para o que viesse.

Isso sempre me provocou algumas reflexões, que coloquei em papel, certa vez. Escrevi que já nos anos 70 o Ministério da Saúde tinha deixado para trás uma letargia de décadas. Nesta ocasião, anda vigia o regime militar, mas estava presente no cenário da saúde uma feliz combinação de dirigentes com perfil técnico, espírito progressista, muita personalidade e destemor na ação. Naquele momento, com o crescimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e de outros programas de alcance nacional, o mastodonte que ocupava e ainda ocupa o Bloco G da Esplanada, passou a ter uma ação mais eficiente no cenário da saúde nacional. Em tempos por assim dizer *heróicos*, o MS arregimentou uma boa quantidade de gente nova, oriunda dos cursos de saúde pública que começavam a proliferar nas principais capitais, contratou-a por mecanismos alternativos, fora do tradicional e formal concurso público e a colocou a trabalhar no aperfeiçoamento das propostas já em curso, mas também na promoção das mesmas e no seu acompanhamento junto aos estados. E eram 26 estados, apenas um a menos do que hoje, no proverbial país continental que todos conhecem.

Tive oportunidade de conviver com pelo menos duas pessoas que passaram por estas trajetórias inovadoras, quase revolucionárias, em plena ditadura. Um deles foi Francisco de Assis Machado, o Chicão, que já citei aqui a respeito daquela história do único Prefeito do MDB no Triângulo Mineiro, o tal que me contou que era de tal partido apenas porque uns *fdp*, seus inimigos, tinham ida para a Arena. O outro desses caras teve influência especial em minha vida: Ricardo de Freitas Scotti. Uma das pessoas mais racionais e organizadas que já conheci. Um radical neste campo, gestor e líder extraordinário, prenhe de conhecimentos e de disposição para compartilhá-los. Somos da mesma geração, circulante nas ruas de BH dos anos 50 e 60. Trabalhei junto com ele na Diretoria Regional de Saúde de Uberlândia e o considero, junto com Maria Helena Brandão, também pessoa muito ligada a ele, as influências principais que me ensinaram a trabalhar com saúde pública.

Mas volto ao Ministério da Saúde, naqueles anos heroicos. Diferente de hoje, não havia aviação regional desenvolvida e os aeroportos praticamente se limitavam às capitais – não todas. Cabia àqueles técnicos, que somavam pouco mais de duas dezenas, viajar intensivamente, para dar conta de todo o recado junto às unidades federadas. Meu amigo Scotti me deu o seguinte depoimento: *a gente viajava duas, três semanas seguidas; às vezes chegava em casa, em Brasília, com tempo pouco mais que suficiente para tirar as roupas da mala e colocar outras peças, para começar tudo de novo – e era a gente mesmo que “se” autorizava a viajar...*

Bem, os tempos mudaram... A comunicação se tornou instantânea, seja por telefone ou por quaisquer dos diversos instrumentos possibilitados pela internet. Mas em Brasília, o processo de trabalho de

acompanhamento e monitoramento dos estados ainda não mudou de forma compatível (estamos na metade da segunda década do século 21). As viagens e mais viagens por parte de uma equipe técnica muitíssimo mais numerosa, continuam a todo vapor. Fiquei abismado com o que vi, certa vez, quando voltava de uma viagem de trabalho (dessa vez pelo Ministério do Desenvolvimento Social) ao Acre. Pois bem, no Aeroporto de Rio Branco pude presenciar, quando do embarque de volta para Brasília, o encontro de equipes técnicas do MS, de três secretarias diferentes do órgão. Aquelas pessoas estavam ali havia alguns dias e só vieram a se encontrar no momento da volta para casa. Ou seja: cada um – ou cada grupo – tratou dos assuntos de seu pedaço, nada mais, sem se dar conta que havia, talvez na sala vizinha ou no andar de baixo, outras pessoas que vinham de Brasília até ali para fazer a mesma coisa: acompanhar e monitorar as atividades desenvolvidas pelos estados no âmbito da saúde.

Devo admitir, todavia, que este depoimento crítico chega a ser desnecessário, pois qualquer um que aborde, com mais intimidade, os técnicos das SES por todo o Brasil, sabe do mal-estar dos mesmos frente a estas visitas múltiplas, muitas vezes intempestivas e nem sempre consequentes em termos de objetivos comuns ou minimamente definidos.

Isso, é claro, custa muito dinheiro. Calculei na época o quanto, somando preços de passagens e diárias, sem incluir as práticas e critérios pouco ortodoxos de cálculo das mesmas. Era dinheiro suficiente para ações mais efetivas, incluindo, talvez, a compra de equipamentos de alta potência para práticas mais eficazes de “tele” interação. Imagino que não é preciso ser versado em modernas tecnologias de comunicação para saber que o uso da internet e, particularmente, da tecnologia chamada *videoconferência*, que oferecem mil e uma vantagens sobre essa proliferação de viagens, que sempre me lembram os enxames de tanajuras no início do verão do cerrado.

Em um resumo rápido, minhas viagens pelo Brasil como representante do MS consistiam, basicamente, em separar as eternas brigas entre o *peçoal do Inamps*, já lotados nos escritórios do MS nos estados, contra o *peçoal das SES*, nos primeiros tempos da descentralização e da unificação, ainda não concluídas mesmo nos primeiros dez anos da Constituição ter parido o SUS. Isso para não falar das brigas ainda mais rançosas e cabeludas entro o tal povo das SES e o dos municípios, em que se misturavam, além do ranço político-partidário, terríveis questões de vaidade pessoal e fuga de responsabilidades. Isso para não falar do quebra pau permanente entre os burocratas da máquina pública e os proprietários de hospitais e clínicas, quando uma coisa e outra não se confundissem.

Mas como militante do movimento municipalista, nos anos 80, minhas viagens foram ainda mais “divertidas” do que as ministeriais.

Vai aqui, num breve resumo, um repertório de curiosidades e escabrosidades que essas viagens me ofereceram. Mas o relato traz apenas uma síntese das situações que eu vivi, sem citar, por motivos óbvios, o nome de alguns dos *santos* atuantes em tais *milagres*, bem como a localização de seus respectivos santuários.

Em certa capital do Nordeste havia uma Primeira Dama – talvez não a única, mas sem dúvida a “primeira”, aquela que detinha o privilégio de dormir “em palácio” – que mantinha uma sala ao lado de seu marido, o Governador, na qual eram que distribuídas não só as famigeradas “AIH”, autorizações para se internar em hospitais pelo Inamps, como outros benefícios sociais, como programas de leite, de enxovais, de próteses etc. Ele era um mandatário poderoso, da estirpe de coronéis de engenho, um personagem de Gilberto Freyre, mas diziam as más línguas que quem mandava de fato, em casa, no palácio e mesmo no estado era a mulher, a qual, para impor seu mando ao pobre marido lhe aplicava, periodicamente, surras com toalha molhada – para não lhe deixar marcas visíveis. Deve ter feito curso no DOI-CODI...

Em outra capital, no extremo Norte, a briga de egos era tão grande, que minha missão de apartar os contendores fracassou, porque o secretário da capital, um nissei com tremenda cara de mau, se recusou a fazer interlocução, mesmo sob a minha batuta de “agente federal”, com sua contraparte estadual, no que foi apoiado por sua equipe, a qual, à parte, me confessou que o risco de os dois se engalfinharem não era nada desprezível. Este mesmo secretário de estado é personagem de outro relato meu aqui nessas memórias – *Tem um médico a bordo?*

No Centro-Oeste assisti, certa vez, cenas de quase pugilato na partilha de AIH, marcadas por um cenário particular: de um lado e de outro da mesma mesa havia donos de hospitais, uns apenas isso; outros “acumulando a função” de auditores ou supervisores do Inamps. Macacos tomando conta da banana que outros símios disputavam. Neste dia, tive que segurar, quase que literalmente, meu amigo Antonio Carlos Cezario (que cedo nos deixou), que já ia se animando a proferir uma justa, exaltada e esbravejante lição de moral, porém meio inoportuna, àqueles sujeitos tão pouco republicanos.

Em uma aprazível capital do Nordeste, a viatura da SES foi me buscar no aeroporto, conforme combinado. Sem dilemas éticos, pois a viagem não era para apartar brigas com municípios ou com o Inamps. Como era noite – e ninguém é de ferro – principalmente nas cercanias do Equador, o percurso incluiu uma parada de algumas horas em estabelecimentos da *night* local, das mais animadas, por sinal. Até aí tudo bem, mas o que vocês acham daquele carro chapa branca estacionado bem em frente da choperia onde nos deleitávamos? E com o motorista dentro do veículo, a Senzala da vez, apartada da Casa Grande. E quando me manifestei sobre isso aos anfitriões eles apenas me disseram: *não se preocupe, aqui ninguém liga para essas coisas...*

Trabalhei na Funasa em uma época de vacas magras. Talvez não para todos os escalões, como é de praxe, mas para mim, pobre mortal, com certeza. Viagens, por exemplo, de preferência em voos noturnos ou promocionais. Diárias, o mínimo necessário, mesmo que para economizar você tivesse que sair de seu hotel ao meio dia para pegar um voo às dez da noite. Nos eventos de treinamento, acomodações coletivas para treinandos e treinadores. Foi dentro de tal contexto que me enviaram a Natal, para um seminário de planejamento, dos muitos que então se fazia, de forma meio compulsiva, sem que no final ninguém cumprisse o planejado e poucos sequer se lembravam do que foi ali discutido. Mas eu que não conhecia Natal – e nem as práticas funasianas ainda – me empolguei, principalmente ao verificar que a localização do hotel que me destinaram era simplesmente a famosa praia de Ponta Negra. Assim, apeei de meu voo lá pela meia noite e tanto, e tomei a viatura que me cabia, rumo ao paraíso (pelo menos no meu ingênuo entendimento). Ao chegar ao hotel, melhor dizendo, um *pousadão* meio abandonado e com sinais evidentes de decadência, vi que algo muito diferente me aguardava. Ao abrir a porta do quarto que me era destinado, me vi dentro de um cômodo grande, mas não ao ponto de caber com conforto as oito ou dez camas que ali estavam, das quais pelo menos sete já ocupadas por um bando de homens tagarelas, suarentos, roncadores e malcheirosos. A cama que ainda não estava ocupada, junto à porta do banheiro, naturalmente estava reservada para minha pessoa. Tinha ar condicionado, sim, mas o aparelho só fazia barulho – insuportável, por sinal – e bem em cima da minha cabeça. Ainda bem que a minha estadia ali foi curta, apenas uma noite.

Na Funasa, por essas e por outras, eu não duraria mais do que seis meses. É bem verdade que ainda fui pego em outra armadilha da mesma natureza, em uma reunião na Praia de *Mosqueiro*, no Pará. O nome de tal lugar, aliás, me pareceu altamente apropriado, dado as criaturas aladas que por lá abundavam.

Ainda como porta voz da Funasa, fui certa vez a uma capital do mesmo Nordeste. Bem naquele estado em que uma dinastia ocupou (e talvez ainda ocupe) o centro do poder durante mais de quarenta anos. Ainda não esclareci? Vá lá... Para não me acusarem de preconceito, falo também das qualidades do lugar: é também a terra de Ferreira Gullar, Alcione e Zeca Baleiro. OK assim? A reunião à qual fui enviado ocorreu em uma chácara nos arredores da capital, visando evitar a evasão de participantes, fenômeno comum nesse tipo de evento, afinal nada mais do que *coisa dos homens de Brasília*. A reunião já começou tumultuada, pois as chaves dos cômodos da casa ninguém sabia onde estavam. A turma se virou debaixo das mangueiras mesmo. Faltou água também, inclusive para beber, pois a firma encarregada da entrega dos garrafões não deu as caras, por suposta falta de pagamento de entregas anteriores. Na hora do almoço, nada de comida, que também vinha de fora. Cada um se virou como pôde até que as marmitas chegaram, quase três horas da tarde, bem frias, junto com a entrega de água. Tudo

bem então? Nem tanto. No dia seguinte havia água e a comida chegou pontualmente ao meio dia, mas não vieram os copos e os talheres... Melhor mesmo era comentário geral: *aqui é assim mesmo, lugar onde a família S. manda não podia ser diferente. Não tem solução...* De fato, o que faltava ali, principalmente, não seriam chaves, nem água, nem comida, nem talheres, mas principalmente autoestima...

Inusitada, também, foi a minha aventura em outra das capitais do Norte, ainda no tempo em que meu proselitismo se dirigia aos Secretários Municipais de Saúde, na qualidade de vice-presidente de sua entidade nacional. Eu havia sido convidado pelo Secretário local, um baixinho estranho, com cara de duende ou de ET, para fazer uma palestra para representantes municipais sobre a iminente fundação do que ele chamava de “Codesams”, na verdade, “Conasems”. Por mais que eu insistisse na nomenclatura correta o duende amazônico insistia em falar de seu modo, até que resolvi abandonar meus propósitos corretivos e acabei passando por ali como representante do tal “Codesams” mesmo. O ET não veio me esperar no aeroporto, mandando, em seu lugar sua secretária, morena alta e vistosa, meio indígena, meio mulata, a qual, logo percebi, tinha funções amplas na SMS, que iam desde cuidar da agenda do Senhor Secretário até receber visitantes, passando também por distribuir ordens na repartição. A morena me conduziu gentilmente ao hotel onde eu pernoitaria, pois já era bem tarde, ficando de me apanhar no dia seguinte, como de fato aconteceu. Passei o dia em reuniões, almocei entre dignos colegas e no final da tarde, quem aparece de novo para me conduzir de volta ao hotel? Ela mesmo, a Morenona. A parte pitoresca do dia foi o que ela me disse ao chegarmos no hotel, já bem íntima, pois na véspera só me tratava por “senhor” e “doutor”. Foi assim: *você me espere lá pelas dez que eu venho lhe buscar para dar um giro na ‘naite’ da cidade, que é bem animada. Vou só esperar meu marido sair para seu plantão na delegacia...* Eu, hein? Disse que já tinha outro compromisso, agradei e me despedi. No dia seguinte ela voltou para me levar ao aeroporto e nem mais tocou no assunto noturno.

Outra de minhas tarefas habituais era a de representar o MS em Conferências de Saúde e outros eventos. Em algumas ocasiões eu era convidado diretamente pelos organizadores; em outras representava as chefias, particularmente meu particular amigo Gilson Carvalho, que adorava este tipo de evento, mas nem sempre podia comparecer a todos a que era convidado.

Em Santa Maria-RS, certa vez, não em uma conferência, mas em um congresso nacional de especialistas, fui fazer uma palestra sobre o processo de descentralização, mas só de última hora me avisaram que, além disso, eu estaria representando também o Ministro, no caso, Adib Jatene, que não poderia vir. Assim, por algumas horas, posso dizer que “virei” Ministro da Saúde e com tais prerrogativas fui logo convidado para um colóquio no gabinete de Sua Excelência o Prefeito Municipal,

para uma roda de mate e alguma conversinha sobre AIH, convênios federais, repasses ordinários e extraordinários, além de outros temas igualmente espinhosos. Claro que eu não tinha resposta para tudo, afinal fora pego de surpresa. Tive então que me segurar com escapatórias genéricas, com as quais já estava acostumado. Mas aprendi, certamente, algumas coisas importantes sobre a cultura gaúcha, por exemplo, que você não deve passar a cuia de chimarrão para seu vizinho de roda antes que a mesma “ronque”. Ou que as cuias de mate parecem ser diretamente proporcionais ao calibre da autoridade que as detêm. A cuia do prefeito de Santa Maria da Boca do Monte tinha uns trinta centímetros de profundidade e nela cabia um oceano de intragável chimarrão. Esvaziá-la foi um tremendo sacrifício, do qual custei a me recuperar.

Certa vez o convite era para Varginha, no meu estado natal. Tive que negociar, em primeiro lugar, o meio de transporte: preferi, contra a vontade de meu anfitrião, o velho e bom ônibus intermunicipal, pois já estava um tanto calejado com algumas viagens anteriores, realizadas em viaturas decrépitas do erário municipal. Acertada esta parte, rumei ao pujante município cafeeiro do Sul de Minas. Fiz a palestra de abertura de uma Conferência Municipal de Saúde, tudo dentro do esperado, pois de há muito tinha um discurso pronto, válido inclusive para as indagações da plateia, quase sempre previsíveis e pouco originais. Terminada a minha fala, ou mesmo antes dela, não me lembro bem, fui cercado, na porta do auditório, por uma repórter da TV local, que pelo visto fazia oposição ao Prefeito, organizador da conferência. E a repórter, que me lembrou a personagem de um sambinha cantado por Simonal, nos anos sessenta (*lá vai ela e pensa que é mulher*), do alto de seus quinze centímetros de salto e de sua exuberante maquiagem, que a tornava semelhante a uma mini-Cleópatra, partiu célere e sequiosa de sangue para cima de mim: *o que há de novo doutor, o que o Ministério pode oferecer a Varginha, onde há um total descaso com a saúde?* Eu, me afastando lateralmente um passo, mostrei para a câmera o auditório lotado e disse aos telespectadores, convicta e vitoriosamente: *a novidade é esta: cidadãos discutindo a saúde – e é daqui que devem sair as soluções que você está procurando.* Corta!, disse a moçoila, afoitamente. Dessa vez creio que não fui para o ar.

Nas Conferências de Saúde gostava de florear minhas falas, geralmente bem objetivas e didáticas (creio eu) com algumas citações de efeito. Em algum lugar, de que não me recordo agora, resolvi usar Manoel Castells para um *gran finale*: *eu participo, tu participas, ele participa... eles decidem.* Aplausos delirantes! Perdi um pouco do entusiasmo, entretanto, quando olhei para as fisionomias contrafeitas do Prefeito e do Secretário Municipal de Saúde, na mesa de honra. No mesmo estilo, deixei escapar em local pouco apropriado a citação de Bernard Shaw, a respeito da proposta de casamento feita ao escritor irlandês pela Miss Inglaterra de então, o que, segundo ela poderia produzir criaturas que

unissessem a beleza dela com a inteligência dele. Shaw argumentou reduzindo ao argumento a seu oposto: *e se herdassem a minha feiura e a seus escassos dotes intelectuais, senhorita?* O evento era um seminário de diretores estaduais da Funasa e o que motivou a citação de Shaw foi o risco de que o casamento entre Sucam e FSESP não produzisse uma criatura viável. Foi demais, acredito, mas pelo menos deve ter colaborado para antecipar minha saída da Instituição.

Em Goiânia, certa vez, ao terminar minha fala, fui interpelado por um cidadão na platéia, que queria que eu explicasse uma frase minha durante a palestra, que ele tinha entendido como uma ofensa ao SUS. Algo como: *um sistema assim não tem jeito mesmo*. Logo me dei conta do que acontecera e dos motivos da má interpretação. O sujeito simplesmente entrara no auditório (e eu o tinha visto justo nessa hora) no meio de um raciocínio meu, no qual eu falava sobre o notório domínio dos interesses privados e corporativos na saúde e as dificuldades que isso produzia, donde aquele arremate que o repugnou. E não houve argumento meu que o convencesse que eu era do bem, do lado dele, não daquele “outro lado” que ele rejeitava. E já então eu desconfiava dos militantes, aquelas pessoas que retalham o mundo à sua imagem, semelhança e conveniência, passando a tomar a parte como se fosse o todo. Em todo caso, devo dizer que até já ouvi gente acusar Chico Buarque de machista, pela letra de Mulheres de Atenas. Pode?

Nem tudo são horrores, todavia. No final dos anos 90 coordenei um trabalho de extensão universitária no município de São João da Aliança, em Goiás. Eu fora procurado pelo então Secretário Municipal de Saúde, um gaúcho de sangue quente, mas muito boa praça, misto de fazendeiro e chofer de caminhão, chamado João Roberto Piass. Ele queria apoio da Universidade de Brasília para sua recém implantada repartição, o que me deixou animado, sendo este tipo de coisa um tanto invulgar no meio das administrações municipais, geralmente formadas por pessoas autossuficientes e desconfiadas em relação à ajuda acadêmica, ou muitas vezes pouco criativas e dependentes das ordens dos prefeitos. Assim, um dos projetos que a cooperação da UnB desenvolveu, o único que teve princípio, meio e fim, aliás, foi a organização de uma Conferência Municipal de Saúde, a primeira delas na cidade. João Roberto teve permanência curta na administração; saiu de lá rompido como prefeito, com quem se desentendeu tão seriamente a ponto de trocarem sopapos na via pública. Coisas da política, não só interiorana...

São João da Aliança, cidade situada uma centena e meio de quilômetros a Nordeste de Brasília, território de gaúchos emigrados plantadores de soja, porta de entrada da Chapada dos Veadeiros, era também conhecida nas rodas hospitalares do DF como “São João das Ambulâncias”, dada a notória precariedade dos escassos serviços de saúde ali existentes.

Esta conferência não deixou de ser um evento notável. Não poderia afirmar com certeza, mas acho possível que nunca mais tenha se repetido algo assim na cidade, com exceção, talvez, de algum show sertanejo no mesmo local onde ocorrera. Conseguiu-se reunir no Ginásio de Esportes da cidade mais de trezentas pessoas. Como a lei 8142 mandasse, “sabiamente”, que metade do público fosse composta por representantes institucionais, isso claramente inviabilizaria o evento (afinal onde iríamos encontrar mais de cem representantes de tal extração?). Assim foi que resolvemos “pular” esta parte, a da *paridade* prevista na lei, e realizamos a conferência com maioria absoluta de usuários – como naturalmente seria mais razoável. No meio dos debates, que iam bem mornos e com conteúdo previsível, um pastor pentecostal pede a palavra. Eu já o conhecia de reuniões anteriores, mas não exatamente suas opiniões sobre a saúde, que eu temia fossem marcadas pelo conservadorismo e fundamentalismo religioso, como acontece com essa gente. Mas qual! É bom realmente não ter pré-conceitos de nenhuma espécie. O homem simplesmente nos brindou com uma magnífica reflexão inspirada em versículos bíblicos, dizendo que de fato os desígnios de Deus eram de que todos tivessem boa saúde, e que isso só poderia ser conseguido graças a esforços e cada um e de todos, da sociedade e dos governos, no sentido de se promover hábitos saudáveis, de ajudar o próximo a conhecê-los, de ter a saúde com um bem divino, mas de cujo cuidado deveríamos nos sentir responsáveis. E citou, uma a uma, diversas passagens da Bíblia que reforçavam seu pensamento.

Mesmo com momentos gratificantes como este, o fato é que cansei de falar ou participar de eventos públicos. Em parte, porque passei a me sentir desatualizado, mas também porque assumi como regra de pensamento a expressão *a unanimidade faz mal à saúde*, que também virou título de um livro meu. E me fatiguei em repetir unanimidades, redundâncias e platitudes, passando a preferir enunciados novos e desafiadores, muitas vezes encarados como apostasias pelo establishment sanitário, que já não me acolhia calorosamente como o fizera no passado. Enfim, coisas pouco apropriadas para o tipo de plateia das conferências e eventos assemelhados.

Minha última participação deste tipo, com público amplo e muita polarização de debates, se deu por volta de 2013, quando minha amiga Ana Costa me solicitou que proferisse palestra sobre Determinantes Sociais em Saúde, em um evento destinado a qualquer coisa como “saúde de minorias”, o que incluía desde GLBT a seringueiros; de garimpeiros a ribeirinhos; de assentados do MST a ciganos; passando ainda por indígenas e afrodescendentes, sem deixar de lado aqueles indefectíveis *povos do campo e da floresta*, que nunca entendi muito bem quem são de fato. Quando se escrever a história das políticas sociais capitaneadas pelos governos do PT isso certamente será esclarecido.

Lá pelo meio da minha fala eu me referi aos *tempos negros* da saúde, a era das pestes etc e tal. Percebi, então, um murmúrio suspeito na plateia. Quando terminei, já havia sido formada uma fila de interlocutores, melhor dizendo de inquisidores, querendo que eu me explicasse e até mesmo me desculpasse pela *expressão racista* que usara em minha fala. Achei que era brincadeira, mas não era. A mesa, sintonizada com o clima da inquisição já instalado na plateia, permitia a inscrição de cada vez mais pessoas, com as interpelações se transformando em verdadeiras diatribes acusatórias contra mim e contra os intelectuais em geral (vi logo que este era o principal problema que viam em minha pessoa ali – logo eu...), com conteúdo totalmente distante do tema da palestra. Houve até quem visse no diapositivo que mostrava um grupo de sem-terra armados com enxadas e foices, colocado ali exatamente para mostrar a importância da luta pela saúde dos menos favorecidos, como uma acusação de violência ao MST. Quando finalmente me foi dada a palavra, após meia hora ou mais de agressões e ironias, tive oportunidade de proferir a frase mais marcante de que já fui capaz, a qual daria uma fortuna para repetir muitas vezes mais: *desculpem, meus amigos, não tenho como responder – não é que me deu um ‘branco’?* Coloquei, é claro, a ênfase necessária nesta última palavra, pois, como se sabe, inquisidores não costumam ter muito senso ou percepção de o que é humor. E fui embora sem mais nenhum comentário.

E além do mais, se o tal encontro era destinado às *minorias*, como anunciado nos folders e faixas da entrada, bem que me cabia reivindicar também tal estatuto, nem que fosse para me defender dos ataques que sofri, pois afinal eu era um dos poucos *brancos, heterossexuais, letrados, católicos, urbanos* que ali faziam presença.

Hoje as palestras e falas em público não me pegam mais, nem do lado de baixo, na plateia e muito menos do lado de cima, em algum palco. Sou mais feliz assim.

Odorico Paraguaçu existe de verdade!

Prefeitos e prefeituras: conheço bem o tema. Trabalhei em uma dessas por oito anos e isso só me fez respeitar a lida dos prefeitos, seus secretários e servidores em geral, nem sempre bem compreendidos pela população e quase sempre mal compreendidos pelos Promotores e Juizes.

Dizendo assim, de maneira genérica, farei todos acreditarem que sou um defensor intransigente da atuação local e das políticas de descentralização. Mas não é bem assim, defendo alguns princípios relativos a isso, mas ao mesmo tempo a prática me mostrou que eles não podem ser estendidos e replicados sem críticas e, diria mesmo, sem algumas cautelas.

Os bons municipalistas dizem que a gente nasce e vive (e morre também...) em municípios, não no estado ou na Nação. Acho que isso é bastante abstrato, mas certamente vale como figura de estilo e slogan de crença na descentralização das políticas públicas.

No SUS, a expressão *A municipalização é o caminho* ficou consagrada, mas na verdade, em minha modesta opinião, este caminho às vezes leva ao abismo – quando não a lugar nenhum.

Além da minha atuação em Uberlândia, como Secretário Municipal de Saúde em dois mandatos, por força de outras atividades que exerci, tive múltiplos contatos com municípios, dentro e fora da questão específica da saúde. Com efeito, na minha época de Ministério da Saúde não foram raros meus contatos com Prefeitos e Secretários de Saúde que, aliás, fazia parte de meu ofício, quase sempre em missão de esclarecimento, cooperação técnica e, por que não dizer, também de apartação de brigas. Depois, na UnB, fiz parte de um pequeno núcleo de assessoria a municípios, dentro do NESP, Núcleo de Estudos em Saúde Pública, tendo a meu lado o insubstituível amigo Carlo Zanetti. Antes disso, por algum tempo, prestei assessoria ao IBAM, Instituto Municipal de Administração Municipal, através do qual, em convênio com a Fundação Nacional de Saúde, realizei um diagnóstico da situação de saúde dos municípios do então recém-criado estado de Tocantins. Por conta disso acabei vindo morar em Brasília. Mesmo em Uberlândia, tinha contatos frequentes com as cidades da região, que se viam muitas vezes empolgadas com as coisas que nós, da *cidade grande*, fazíamos. Minha tese de doutorado na ENSP/Fiocruz foi baseada em estudos de casos municipais. Ainda na década dos noventa, realizei, junto com minha inesquecível monitora Michele Lessa, o primeiro estudo relativo à saúde nos municípios do Entorno do DF, tendo visitado e analisado mais de duas dezenas deles.

Por força disso estive em lugares tão variados como Curitiba, Vitória da Conquista, Cidade de Goiás, Crato, Uberaba, Poços de Caldas, Campo Grande, Guaraí de Tocantins, Alto Paraíso de Goiás, São João da Aliança, Ibiá, Formosa, Santa Isabel, Macapá, Ceres, Rio Branco, Manaus, Porto Velho, São João Del Rey, Sete (e Três) Lagoas, Guarulhos, Salvador e muitos outros. Difícil dizer o que tais cidades têm em comum, só me arriscaria a afirmar que nenhum deles tinha administração do PT quando os visitei como consultor-prestador de serviços, pois como todo mundo sabe, petista só contrata petista – o que considero uma injustiça comigo, que votei no Lula quatro vezes.

Antes que me perca nas ironias e críticas à gestão municipal, devo reconhecer algumas das suas qualidades. A maior delas, certamente, é a proximidade com quem de fato precisa dos serviços públicos, aliada à possibilidade de que os respectivos demandantes batam à porta, real ou literalmente, das autoridades e de seus prepostos. Isso é uma situação única, que jamais ameaça um burocrata na Esplanada dos Ministérios.

Prefeitos roubam do erário? Sim, as evidências são claras e permanentes. Mas, convenhamos, quem seria mais perigoso: um prefeitinho que bem ou mal tem cidadãos e vereadores de oposição por perto, ou algum daqueles burocratas abrigados nas casamatas refrigeradas das capitais dos estados ou de Brasília? Ficam assim registrados os princípios de minha simpatia por aqueles que têm sob seu encargo a gestão de qualquer política ou programa no nível local, sem que isso me impeça de também enxergar o outro lado da moeda. Sem esquecer que a corrupção não conhece fronteiras e que nos ambientes relativamente pouco republicanos das Prefeituras e Câmaras de Vereadores podem acontecer – e acontecem – as mutretas mais diversas.

Os gabinetes dos Prefeitos, por exemplo, são ambientes curiosos. Refrigerados ao ponto de escorrerem estalactites de gelo dos tetos. Mau gosto quase sempre presente, nos móveis, nos tapetes, nos decotes das secretárias, nos estampados dos sofás. Mas o que espanta mesmo é a quantidade de gente que faz ponto ali. Não sei bem a que se dedicam, se são funcionários com funções definidas ou apenas ordenanças, à espera, quem sabe, de uma ordem de cima que nunca se sabe quando virá. Seriam apenas amigos, aderentes, cabos eleitorais? Não se sabe quase nada deles, apenas que geralmente são muitos e constantes, quase sempre do sexo masculino. Já passei manhãs e tardes inteiras em reuniões em tais ambientes e ao entrar e ao sair via todos eles ali, com o ar de quem tinha tarefas sérias a cumprir, olhando para o teto ou para eventuais pernas e quadris femininos que por ali transitassem. Mas para mim sempre foi um mistério saber exatamente a que se dedicam de fato.

As moçoilas de gabinete! Estas, pelo menos, têm com funções mais definidas, por exemplo, de convidar as visitas a entrar para o encontro com Suas Excelências, ou de servir água e café. Costumam estar presentes em bandos de duas, três ou até mais. Saias justas e curtas, decotes generosos, longas unhas negras, perfumes que se sentem já na esquina, fazem parte do cenário.

Instituição valorizada e constante as Prefeituras de todo o Brasil são os veículos, melhor dizendo, as “aviaturas” chapa-branca. Sua Excelência quase sempre dispõe de uma dessas, geralmente um daqueles *carrões de tiozão*, que a indústria nacional é pródiga em lançar, embora retire de circulação pouco tempo depois. Os Prefeitos as utilizam até para ir à esquina, mas gostam mesmo é de viajar à capital – ou sabe-se lá onde – em uma delas. E se a autoridade vai com a cara do visitante, este pode estar certo que será convidado, honrosamente, a se mover em uma delas, até mesmo para ser levado ao seu hotel, mesmo que este fique na quadra seguinte à Prefeitura. Como ninguém é de ferro, a importância do auxiliar, adjunto, agregado ou burocrata municipal é dado pelo acesso que o mesmo tem a um dos tais semoventes – mesmo que seja

um Fiat 147 dos anos 80, que milagrosamente ainda faz parte da frota de algumas prefeituras pelo Brasil a fora.

E ainda, falando de tais “aviaturas”, uma lição que aprendi em minhas visitas terrestres a prefeituras foi a de jamais aceitar a oferta de veículos do erário municipal para viajar, ou mesmo para me locomover na cidade, dado que o risco de se embarcar em um fóssil oitentista é muito grande. Uma das poucas vezes que aceitei, a viagem, rumo a Diamantina, era noturna e passaram-se algumas horas para que eu descobrisse que todos aqueles faróis altos de caminhões que nos vinham diretamente na cara tinham uma explicação: as luzes da vetusta viatura, uma Panorama Fiat pleistocênica, miravam diretamente a copa das árvores na beira da estrada, independentemente de estarem em modo alto ou baixo.

Trabalhei em municípios grandes e pequenos do interior do Brasil. Eu poderia citar os casos de Uberaba e Poços de Caldas, na primeira categoria, mas o que vou narrar aqui não é prerrogativa deles, mas sim do conjunto. Trata-se do fenômeno dos “Intocáveis”. Eliott Ness veio para o Brasil? Não é bem isso, mas outra coisa. Falo daquelas situações que um consultor detecta como realmente problemáticas e impeditivas de progressos e que precisam ser mudadas rapidamente para não comprometerem os processos de rearranjo do modelo de gestão ou assistência, mas que são rejeitadas liminarmente pela Autoridade, sob o argumento de que: *com esse aí não posso mexer*. E “esse aí”, pode ser o tanto o marido de uma vereadora (ou vice-versa), ou um cabo eleitoral, um médico que colaborou na última campanha eleitoral ou simplesmente algum outro *intocável*, sem que se explicitem razões, digamos, republicanas, para tal qualificação. Nas duas cidades que citei acima, verdadeiros centos metropolitanos de influência regional, pequenas coisas como essa inviabilizaram processo de mudança que poderiam realmente fazer a diferença nos respectivos sistemas de saúde. Tudo acabou ficando como dantes, com o pobre o consultor se sentindo como um arquiteto que projeta casas que ninguém chega a construir ou menos ainda habitar. Por essas e por outras parei de brincar disso, ou seja, de prestar consultoria a prefeituras.

Quando fui Secretário de Saúde em Uberlândia, em dois momentos, devo admitir que talvez tenha ficado muito *mal-acostumado*. Já explico: é que eu gozava de total confiança de meu prefeito e autonomia bem grande para tomar muitas decisões sem consultá-lo previamente – é claro que nunca deixando de cientificá-lo posteriormente, mesmo à custa de serem revertidas eventualmente algumas dessas decisões. Nenhum mérito meu ou dele, apenas penso que isso deveria ser o normal na gestão, seja ela pública ou privada. Não era, contudo, a situação que eu encontrava quando olhava ao redor, desde quando estava em Uberlândia, entre meus pares dos municípios vizinhos, ou mesmo depois, quando assessorei prefeituras pelo Brasil a fora. Aliás, sempre fiquei vivamente impressionado com as limitações de certos

secretários, impossibilitados até mesmo de comparecer a uma reunião fora do município, por conta de restrições de passagens ou diárias, bem como, eventualmente, de enviar um simples funcionário à capital para algum treinamento, para não falar em advertir ou punir um funcionário relapso. Com aqueles *intocáveis* de um lado e esses “*despoderados*” de outro, fica realmente difícil, se não impossível, fazer alguma coisa que preste. Ainda bem que tem gente que resiste e até insiste, mas este deixou de ser o meu caso.

As notáveis *primeiras damas*! Aqui é preciso fazer justiça, pois assim como a presença de corruptos na administração, isso não seria, nem de longe, uma prerrogativa municipal. Mas que elas existem, existem, e aprontam de tudo, desde terem sala ao lado do marido-prefeito, de onde comandam, formal ou informalmente, segmentos inteiros da máquina pública, até distribuírem, por conta própria, medicamentos adquiridos pela Prefeitura, sabe-se lá mediante quais critérios. Ah, sim, sem esquecer do comando das ambulâncias, aquelas *aviaturas* que, como se sabe, foram feitas para transportar *eleitores*, não exatamente *pacientes*. História sublime sobre essas indefectíveis criaturas da política brasileira: quando trabalhei em Tocantins, no período da criação do estado, me deparei com uma espécie de atlas ou almanaque onde constavam as informações mais importantes sobre os municípios que o compunham, tais como nome do prefeito, partido do mesmo, população, economia local, recursos públicos disponíveis, IDH, orçamentos, instituições locais, área em km² etc. Uma informação, todavia, era surpreendente: o nome da primeira dama e a data de seu aniversário! Para que seria? Os floristas e a fábrica de chocolates Kopenhagen, na melhor das hipóteses, poderiam informar.

Para arrematar esses *causos* com um toque de humor, para não dizer de nobreza, além de ser um bom exemplo, aqui vai uma boa história. Em Santa Isabel, município de Goiás onde estive por força de uma matéria que escrevi para a Revista Brasileira de Saúde da Família, cheguei nos dias em que o médico de família local, meu grande amigo Evando Queiroz, estava promovendo uma campanha de conscientização masculina sobre o câncer de próstata. E o procedimento que estava sendo divulgado e até mesmo realizado em ritmo de campanha era o toque de próstata. Isso no interior de Goiás, imaginem o rebuliço que corria por ali. Pois acreditem, o primeiro cidadão que se colocou na fila, para dar o exemplo, foi exatamente Sua Excelência, o Prefeito Municipal. Este foi realmente um *toque* de nobreza e de espírito público. Palmas para ele!

Para encerrar, de fato, não custaria nada citar a mim próprio, recorrendo a um texto já publicado há dez anos, no qual expus as contradições do processo de descentralização da saúde no Brasil. É para me defender de acusações de *inimigo dos municípios*, antes que elas surjam mas vamos lá:

Igualmente, não parece existir uma correlação direta entre descentralização, eficiência e redução do clientelismo. Sistemas descentralizados, na verdade, podem funcionar como facas de dois gumes, pois por um lado facilitam o controle da sociedade sobre as políticas, mas por outro podem abrir caminho para práticas ainda mais clientelistas e excludentes, além de financeiramente onerosas para o erário público. A eficiência na execução das políticas públicas depende mais da constituição e do grau de amadurecimento das burocracias do aparelho de Estado, além das possibilidades de controle efetivo por parte dos cidadãos sobre a máquina pública, do que propriamente da escala ou nível de governo responsável pela execução dos serviços.

Dissabores da gestão pública

Um belo dia de 2004. No final da minha segunda jornada como Secretário Municipal de Saúde, a Promotoria Pública de Uberlândia, tendo recebido uma denúncia, talvez de Vereador ou funcionário demitido, correu em diligência a uma das unidades do sistema de saúde, onde constatou a falta de alguns medicamentos e materiais. Denúncias dessa natureza eram constantes na imprensa e na Câmara de Vereadores, tendo em vista que a SMS trabalhava com uma lista de padronizada de medicamentos como, aliás, devem fazer os gestores públicos de saúde em toda parte. Com efeito, o conteúdo nossa lista de medicamentos, com quase as duas centenas de itens, gerava insatisfação na clientela, que nem sempre alcançava o que desejava receber, secundada pelos médicos da rede, que receitavam de forma abundante e até pouco responsável os medicamentos fora da tabela, seja por uma questão de formação, seja pela opção claramente manifestada por muitos de colocar a administração municipal em dificuldades. Como pano de fundo, medidas restritivas e de contenção de custos, que eu fora obrigado a tomar em diversas ocasiões. Na tal visita, Suas Excelências se arvoraram a retirar conclusões a partir de um único momento, em uma única unidade, não se detendo de fato sobre a continuidade (ou não-continuidade) do fornecimento de medicamentos em toda a rede ao longo do tempo.

O problema era recorrente, sendo muito mais grave anteriormente ao contrato que tínhamos na ocasião, um contrato unificado e global, apontado pelo MP como lesivo ao interesse público. Sem provas, contudo. O que aconteceu e que provocou a reação dos bravos rapazes da Promotoria, gente talvez treinada na barra dos tribunais, onde a obrigação do Promotor é colocar gente na cadeia, foi motivado por baixa de caixa municipal naquele momento, mas não foi sequer uma pálida sombra do que ocorria antes, quando o sistema de licitações múltiplas e parceladas vigorava.

O contrato em questão, assinado com uma empresa de São Paulo, representava, sem dúvida, um instrumento de dinamização da política

farmacêutica, de natureza semelhante a outros igualmente celebrados no âmbito da administração pública com particulares, em muitos municípios do Brasil que não tinham a “sorte” de ter promotores tão competentes como os de Uberlândia. Entre suas vantagens estavam o fato de que o faturamento ocorria apenas após entrega do medicamento à clientela; os custos de transporte e armazenamento corriam por conta da empresa, da mesma forma que a responsabilidade em arcar com os medicamentos vencidos. Disso decorreu, inclusive, a redução de quadro de dezenas de funcionários da Prefeitura, ao mesmo tempo em que foram contratados pela Home Care, para prestarem serviços diretamente a ela, fato que foi colocado pelas excelências como um prejuízo provocado pelo contrato firmado e não como uma vantagem operacional do mesmo.

Os Promotores se horrorizaram, na ocasião, na vistoria que fizeram ao almoxarifado da empresa, tendo ali encontrado medicamentos vencidos. Ou seja, simplesmente, o que deveria ser contado como ponto favorável ao contrato em vigência foi apontado como objeto de ilicitude, pois tais medicamentos lá estavam exatamente para serem devolvidos ou descartados, em processo que não oneraria em nada os cofres municipais, ao contrário do que sempre aconteceu na rede municipal de saúde.

A denúncia de alguns vereadores teria motivado a ação da Promotoria, mas os mesmos não foram identificados, embora bem conhecidos: eram membros do grupo que fazia oposição sistemática e visceral ao Governo Municipal, vetando de forma contumaz projetos de interesse da população da cidade, em nome de conveniências partidárias circunstanciais. Pessoas que nunca se animaram a um debate aberto nas várias ocasiões em que estive na Câmara Municipal. Mesmo assim sua denúncia foi acolhida prontamente e sem maior crítica, como se não fossem partes interessadas na ação, por motivos eleitoreiros – em 2004 ocorreram eleições para a Câmara e Prefeitura, é bom lembrar.

Além disso, aleguei em minha defesa na ocasião mais alguns tópicos: (1) Se quem comprava não pagava, quem vendia seria obrigado a continuar o fornecimento, desfazendo o chamado "equilíbrio financeiro" dos contratos públicos? (2) O pretenso custo dos procedimentos administrativos da empresa fornecedora referia-se à cobertura de diversas despesas do contrato (salário de todo o pessoal anteriormente lotado na Prefeitura, aluguel do almoxarifado, despesas de manutenção das instalações, transporte) e não era apenas o "lucro" da empresa como afirmaram as tais excelências. (3) Disseram os promotores nos autos que "foi possível verificar que a PMU realizou a fiscalização de forma pueril"; "aliás não fosse o MPF e MPE visitarem as instalações da UAI Tibery nada decorreria em termos de atenção aos termos contratuais"; afirmações gratuitas e irresponsáveis, demonstrando que o MP considerava que só assumimos o papel de gestores públicos da saúde quando eles adentraram ao cenário, num verdadeiro *fiat lux* (4)

Assinei, de sã consciência o contrato, pois ele havia passado antes de mim, pelas mãos dos Secretários de Administração, de Finanças, do chefe da Seção de Compras e do próprio Procurador do Município – e nenhum deles foi acusado de nada. (5) Sobre a tal "primazia do interesse público", expressão reiterada no processo, tenho consciência de que fiz o que deveria ter feito; "dano moral e coletivo", como quer o MP, se daria, de fato, caso o contrato fosse rompido, situação que acarretaria de quatro a seis meses de interrupção do fornecimento de remédios, prazo necessário pra se realizar, até sua completude, um processo licitatório.

Para completar as sumidades ainda me acusaram de um pretense "enriquecimento sem causa" possibilitado pelo contrato. De minha parte, o que posso dizer é que saí da gestão municipal exatamente como entrei: como um membro da classe média apenas "remediado", funcionário público durante toda a minha vida, sem amealhar nada mais do que me possibilitaram meus vencimentos. Sobre multa que me foi estipulada, da qual soube pela imprensa ainda antes da Carta Precatória me ter sido entregue, o que posso dizer é que em mais de 30 anos como servidor público não amealhei sequer uma parcela disso em bens e reservas. Assim, o que se produziria, nada mais nada menos, se tal penalidade viesse se realizar, seria somente um ato de humilhação e espeznimento de um cidadão e servidor honrado, comprometendo-me pelo resto de minha existência e certamente aos meus herdeiros também.

Finalizando, não custa esclarecer: fui absolvido nas três instâncias às quais o processo foi encaminhado, inclusive no STJ.

Promotores... Quem vigia e quem nos defende dessa gente?

Um desabafo

Quando terminei minha colaboração na Bagdá, (antes *Califórnia*), em que havia se transformado Uberlândia nos anos da segunda gestão de Zaire Rezende, resolvi escrever algo sobre os acertos e as dificuldades que encontrei em minha passagem. Não só o fiz como entreguei, sob a forma de carta pessoal ao Prefeito Zaire. E assim, depois de julgar meu texto perdido, acabei por resgatá-lo recentemente. E ele dizia o seguinte:

<<Desde o momento em que algumas pessoas ligadas à estrutura partidária do PMDB começaram a criticar o trabalho desenvolvido por minha equipe na Secretaria de Saúde, ao ponto mesmo de considerá-lo a causa principal de sua derrota eleitoral, resolvi me antecipar e analisar um pouco do panorama das dificuldades enfrentadas. Mas quero fazer uma análise não só dos obstáculos encontrados, mas também dos acertos concretizados, que afinal não foram poucos.

Espero que, uma vez superada a dor da derrota que nos atinge a todos e mais uma vez entrega os destinos dessa cidade aos conservadores de sempre, possamos discutir de forma aberta, sem preconceitos, sem rancores os problemas e os avanços que tivemos, não só na saúde, mas na administração municipal como um todo, fazendo um balanço justo de sua administração.

Rejeito o jogo dos que acusam a saúde de ter contribuído para o mau resultado nas recentes eleições. Foram os mesmos que, na minha chegada, me louvaram e me anunciaram como “o salvador da pátria”, quem sabe já antevendo o futuro e fazendo nele a previsão da existência de um bode expiatório.

Quero lembrar-lhe, Zaire, de saída, que não foram poucas as vezes que lhe alertei sobre os obstáculos administrativos, financeiros, políticos e culturais que rodeavam minha gestão na saúde. Em pelo menos dois momentos pensei sinceramente que entregar meu cargo seria a melhor solução, dando ao governo a chance de escolher alguém mais sintonizado com certa lógica corrente de fazer política, combinando inovação zero com recursos escassos, que de fato imperou na administração como um todo.

E somente não abandonei o barco porque você me solicitou que continuasse. E permaneci não apenas em atenção a você, mas também por respeito a uma equipe e pela coerência do projeto que propus implantar, embora todos os obstáculos colocados no caminho da saúde.

Em primeiro lugar, não houve tempo hábil para a consolidação de muitas das medidas tomadas, principalmente aquelas que envolveriam mudanças culturais e adesão das equipes para vigorarem. As mudanças na sistemática de atendimento nas impropriamente chamadas *Unidades de Atenção Integral à Saúde (UAI)*, tão criticadas, além da própria implementação da Estratégia de Saúde da Família, muito se ressentiram da falta de tempo, o que afinal de contas estava fora de nossa governabilidade.

Além disso, é preciso admitir que se dispõe, na Prefeitura de Uberlândia, de uma máquina administrativa e de apoio logístico extremamente ineficiente e pouco ágil, com não raras evidências de má vontade ou mesmo desrespeito pela saúde, considerada “gastadora” e “inefcaz”. Exemplos concretos e paradigmáticos de tal incapacidade e de tais posturas estão nos setores municipais de orçamento e finanças, compras, informática e jurídico, frente aos quais tivemos incontáveis dificuldades, reiteradamente denunciadas por mim em nossos despachos e mesmo por escrito.

Outro aspecto a considerar, foram os marcantes descaminhos (para dizer pouco!) da área da saúde em sua gestão como um todo: troca de secretários; baixa capacidade gerencial e política dos titulares

anteriores; indefinição de um plano de ação; permeabilidade à política partidária; não implementação de programas previstos no Plano de Governo original; mudanças de status anunciadas e não concretizadas em relação à gestão pela Fundação Maçonica; confrontação tardia e débil face ao “poder médico”; não neutralização de interesses particulares contrariados; falta de ação intersetorial para resolver os problemas da área etc.

Nos vinte meses de minha gestão foi necessário impor medidas de natureza administrativa e regulatória, imprescindíveis, como por exemplo, o remanejamento das especialidades; as restrições a consumo de medicamentos, exames, horas-extras, pagamentos a pessoal, além de outros, nem sempre realizando intervenções de maior “agrado” potencial à clientela, principalmente interna (médicos, essencialmente), gerando frustração e oposição, com o conseqüente desgaste político à administração como um todo. Mas a opção única era a de agir assim, com firmeza, para não sucumbir ao descalabro reinante na rede de serviços, situação, aliás, muito pouco conhecida (e conseqüentemente mal gerida) pela administração municipal até a minha chegada, diga-se de passagem.

Não se pode esquecer, Zaire, que tivemos uma oposição totalmente livre para agir contra nós, inclusive irresponsavelmente, sem contrapartidas ofensivas por parte do governo, principalmente em relação ao Legislativo e à imprensa local. Na saúde tal situação chegou às raias do paroxismo. Minha intervenção pessoal, não mediada em absoluto por quem deveria ter responsabilidades sobre isso (seu chefe de gabinete e assessoria de imprensa, por exemplo), junto ao jornal Correio de Uberlândia, no início do ano, constitui uma marca importante do que estou afirmando.

Onde encontrar apoios para a saúde? Em Uberlândia, infelizmente, o que se encontra é apenas tibieza e insipiência de uma comunidade intelectual ou técnica de apoio e crítica construtiva às mudanças propostas, seja no âmbito da SMS e mesmo da cidade (nas universidades), ao contrário do que costuma acontecer em centros mais avançados. Se alguém tinha interesses nessa área, eles eram particularistas (exemplo claro: o Diretor do Hospital da UFU que queria-porque-queria ser o seu secretário de saúde), ou então partidários, quando não as duas coisas ao mesmo tempo. A saúde caminhou sozinha, sem apoios externos o tempo todo, ao contrário da área ambiental, mais feliz, no meu entendimento, em abrir esses caminhos.

E qual foi a política de alianças do governo, frente a tantos desafios? Eu diria, sem medo de ser injusto e embora não tenha estado aqui desde o começo: tal política foi bastante débil por parte do governo, seja na saúde ou em geral. Bem que tentei fazer minha parte, por exemplo, em articulações com a Câmara ou com a Imprensa, mas não obtive respaldo superior e ou do governo como um todo para agir.

Agora o ponto mais delicado... Faltou consistência e articulação interna e externa a este governo, seja em sua ação intersetorial; na busca de resultados duradouros e sustentáveis; na administração de conflitos entre secretários; na coordenação geral centralizada das ações de governo. Este não foi, definitivamente, o que a Ciência Política chamaria de “Bom Governo”. No máximo, poder-se-ia falar de um “governo bem intencionado”, portador de ações isoladas corretas, conduzido por uma pessoa inatacável do ponto de vista de sua honradez pessoal. São muitas qualidades, sem dúvida, mas não perfazem os critérios de um real “bom governo”.

Além disso houve, no meu entendimento, muito pouca firmeza em relação a uma posição *de governo* referente à saúde. Exemplos contundentes: o Prefeito afirmava uma coisa e o Secretário de Finanças impedia frequentemente sua execução, como nos casos da protelação desmesurada da implantação do PSF ao longo de 2004; a crise de abastecimento da rede em junho-julho deste ano de 2004, por falta de pagamento a fornecedores; a protelação sucessiva por mais de um ano da negociação da dívida com os hospitais da cidade. Em julho e agosto tivemos algumas semanas de desabastecimento de toda a rede, inclusive de medicamentos essenciais e de emergência, por que o mesmo Secretário de Finanças (de quem ninguém mais se lembra, nem mesmo para incriminá-lo pelo mau resultado eleitoral de outubro) não pagou a conta da empresa fornecedora de medicamentos, apesar das suas determinações em contrário. E quem está respondendo processo na Promotoria sou eu...

Neste aspecto, a situação que foi constatada diretamente por você naquela reunião com os coordenadores das UAI em seu gabinete, de franco desabastecimento da rede até mesmo de itens essenciais e prosaicos (papel higiênico!) é outro exemplo marcante. Se você bem se lembra, o Secretário de Administração admitiu, na ocasião, que fazer compras por licitação demoraria até seis meses em alguns casos (!). Isso foi uma regra geral, Prefeito. Morosidade extrema para o essencial e agilidade insólita para o supérfluo – posso dar inúmeros exemplos também.

Finalmente, para não botar toda a culpa no Governo Municipal, gostaria de chamar sua atenção para a verdadeira “impregnação” da sociedade e dos trabalhadores de saúde pelo “modelo UAI” (pronto atendimento, especialização, dependência tecnológica, não integração em rede) vigente historicamente na cidade o qual, embora distante de uma *contemporaneidade sanitária*, possui forte apelo social e corporativo, por suas características de ênfase curativa; abordagem referencial de casos agudos; falta de controle de procedimentos médicos e complementares; não-participação dos usuários; gestão alheia à PMU (e sim pela FMMS); planejamento baseado na oferta (e não na demanda), incentivo ao poderio dos médicos, entre outros aspectos. E foi justamente este modelo que tentamos desesperadamente mudar, mas certamente nos

breves quinze meses que tivemos os resultados podem não ter aparecido completamente.>>

O SUS em tempos partidos

Entre outubro e novembro de 2018, o que era até então um assombroso presságio, se transformou em realidade. Nós, a multidão de brasileiros que amávamos a democracia, a liberdade, o Estado laico, o respeito pelas diferenças, a valorização da vida, a não-violência, as políticas sociais compensatórias e tantas coisas mais, indicadoras de civilização e de humanidade, nos vimos abismados pela tragédia com que fomos presenteados por mais de 50 milhões de compatriotas nossos.

Eu, e tantos mais, que havíamos vivido sob uma ditadura por duas décadas e também havíamos lutado para superá-la, nos vimos da noite para o dia diante de trevosas incertezas. Agora, porém, ao contrário de 1964, quando tínhamos em quem depositar nosso protesto e (arriscadas) ações de repúdio, o enfrentamento era de 57 milhões de eleitores, que votaram na nefasta figura. Alguns deles nossos vizinhos, muitas vezes. Preferiria usar a palavra “inimigo” para estes; adversário a gente respeita. Mas realmente penso que o voto em Bolsonaro é uma mais do uma questão de opinião legítima, mas sim de caráter.

Em uma frase só: se este projeto der certo é porque o Brasil deu errado.

A unanimidade que faz mal à Saúde

Entre 2009 e 2010 resolvi juntar meus textos sobre o SUS, alguns publicados em revistas técnicas, outros avulsos, alguns cuja publicação foi negada em revistas, além de capítulos de livros. Tentei fazer, com eles, uma mirada na construção do sistema de saúde no Brasil ao longo das duas décadas anteriores. Dei a esta coletânea um nome sugestivo, *A Unanimidade faz Mal à Saúde*, tendo se transformado em livro editado pela editora de minha antiga universidade, a UFU. Coloquei ali ideias que não refletiam um ponto de vista uniforme, ao mesclarem a visão do gestor do SUS, a do pesquisador acadêmico e também a do cidadão comum, muitas vezes estarecido e indignado, tanto quanto muita gente mais, com as coisas assistidas no cotidiano da saúde no Brasil.

A “unanimidade” – ou uma crítica a ela – representava o fio condutor de grande parte dos textos de tal obra. O ponto de partida era uma situação que sempre me pareceu bastante corriqueira no panorama da saúde no Brasil: o SUS sujeito a críticas e ataques de todas as naturezas, mas, no plano interno, contando com uma enorme unanimidade na sua defesa entre seus militantes. Isso teria seu lado bom, porém acarretando um problema fundamental: a rejeição ao pensamento mais crítico, mesmo que venha para aprimorar o sistema.

Assim, as propostas de mudança e correção de rumos costumavam (e ainda costumam) ser taxadas de revisionistas ou coisa que o valha. O discurso unânime não abre brechas para as posturas críticas. Nos eventos do SUS o que se têm visto são pessoas que acreditam no sistema e o defendem falando para outras que igualmente defendem e acreditam nas mesmas coisas. E todos, falantes e ouvintes, costumam comungar das mesmas ideias, ou seja, de que criticar o SUS seria ofender as conquistas sociais que o mesmo proporcionou. Tal visão se equivoca, contudo, ao não considerar que também as construções dependem de alguma forma de desmonte e arejamento do terreno.

Já no lado oposto, ou seja, entre os críticos do SUS, talvez não haja tanta unanimidade. Mas, com certeza, o resultado de tais críticas – tomemos como exemplo a política de financiamento da saúde – tem se revelado de alto impacto para o sistema. Em outras palavras: que nos diversos governos, de Collor ao horror atual (2020-22), a tônica é uma só: considerar a saúde como área "gastadeira", para a qual os recursos alocados já seriam suficientes e que o real problema estaria apenas em sua gestão capenga. As consequências disso, todos sabemos, são cada vez mais desastrosas para a saúde dos brasileiros.

Enfim, é impossível não mencionar Nelson Rodrigues, o teatrólogo, e sua famosa afirmativa sobre a natureza das unanimidades. Na discussão de saúde ela se torna mais aplicável, ainda.

Apresentei aos leitores, na ocasião, duas séries de textos. A primeira composta de dez ensaios breves, abordando distintos aspectos da política de saúde brasileira, à qual intitulei *Dez textos na contramão*. Nem todos rigorosamente atuais à época; alguns remontavam ao início da década anterior, mas justificáveis pelo fato de o tema tratado ainda continuar candente (ou pendente) na ocasião. E pior: as soluções para os diversos problemas que levantam ainda não terem sido encontradas. Ou por outra, se praticadas, revelaram-se inconsistentes. Alguns desses ensaios eram originais, mas para a ocasião foram revistos, e até certo ponto atualizados, mas, principalmente, liberados de alguns ritos acadêmicos que certamente atentariam contra a paciência dos leitores. Tinham a natureza de *ensaios*, e assim assumi a responsabilidade de acreditar naquilo que está mencionado neles, independente de compartilhar a opinião de outros autores, motivo pelo qual fiz verdadeira *limpeza* nas citações bibliográficas que a versão acadêmica de alguns deles me havia imposto.

Já a segunda parte, intitulada *Crônicas do SUS-real*, continha textos que não fugiam à temática dos ensaios referidos acima. Mas representavam coisa mais leve, quase sempre publicada em jornais, sendo alguns inéditos, também. Aqui, sob a forma de *crônicas*, não mais de *ensaios*, o critério de seleção levou em conta, essencialmente, a pertinência do assunto tratado na realidade presente. E, mais uma vez, escritos de alguns anos atrás ainda se revelaram atuais.

Comecei botando pra quebrar com a tal da unanimidade, destacando a abundância no cenário da saúde no Brasil, pelo menos em sua parte visível e explícita, de posicionamentos favoráveis e laudatórios ao Sistema Único de Saúde. Falei das *plateias ululantes*, como também as chamaria o mesmo Nelson Rodrigues, encontrando mais e mais argumentos para a defesa do sistema de saúde, mas ignorando um grande dilema: gente convencida das vantagens do SUS, falando para outras tantas pessoas que também acreditavam no mesmo. E ficava nisso... Uma espécie de casamento consanguíneo em que, como costuma acontecer em tais situações, o produto costuma ser estéril ou deformado.

E fui em frente: em relação ao progresso do SUS seria cada vez mais preciso buscar novos caminhos, romper com crenças e dogmas, mesmo com relação àquilo que já é (aparentemente) funcional. Sem dúvida um imenso dilema, até mesmo uma heresia em determinados ambientes, como no âmbito das religiões e de instituições partidárias, mas também entre a militância do SUS. O fato concreto era que muitos daqueles que insistiam em propor ou promover mudanças indesejadas costumavam ser rotulados de apóstatas, hereges, revisionistas ou até portadores de alguma doença infantil. Galileu que o dissesse.

A participação social em saúde, prevista na Constituição e detalhada, até certo ponto, na em lei orgânica (nº 8.142/90), foi para mim um verdadeiro produto de *salsicharia*, depois rebatizada de *controle social* num arroubo leninista de militantes. Isso certamente ainda seria um processo ainda em construção no Brasil, sobre o qual uma visão crítica deveria ser, não apenas acolhida, mas também promovida. Também neste campo seria necessário não só defender o SUS e seu conteúdo de participação e democratização, mas arejar o debate sobre o ele, questionando certas verdades estabelecidas, previsíveis e repetidas sem crítica. Tornar-se-ia bastante cabível, assim, especular sobre a validade e a consistência de alguns aspectos que vinham sendo erigidos como autênticos “pilares” da participação social, ou seja, a autorregulação, o poder deliberativo, a autonomia e a paridade dos Conselhos de Saúde. Para mim, desde então, nem tudo neste território é, de fato, o que parece ser, e que a mera vontade militante não seria forte o bastante para dar consistência à fluidez de alguns conceitos ou mesmo dar o sentido necessário ao que está disposto nas leis do País, mas não encontra guarida na realidade.

Na sequência, resolvi encarar os desafios aos sistemas de saúde no século XXI, alertando que não só as condições de saúde da população, bem como a qualidade e a pertinência daquilo que os sistemas de saúde oferecem neste campo, precisavam ser questionadas. Isso teria especial relevância, não só pela necessidade de se pensar a saúde como política de governo voltada para o bem-estar da coletividade, como também de buscar novos conceitos orientadores das práticas dos profissionais que trabalham no ofício do cuidado à saúde das pessoas. Assim, alguns

temas despontaram (e continuam pungentes) como essenciais na agenda do século XXI para a saúde, entre eles as questões éticas e sociais, a relação profissional-paciente; os custos e os benefícios dos serviços de saúde; as prioridades a serem assumidas na assistência; a composição e a qualificação das equipes; as questões de quantidade e qualidade da prestação de serviços, além de outras.

Fiz também uma espécie de brincadeira com os membros de minha especialidade de Sanitarista, ao colocá-los em uma espécie de contradição, ou meio termo, entre o *Super-Homem e São Francisco de Assis*. Referia-se, na verdade, a um comentário encomendado a mim por uma revista, a respeito de um artigo de Gastão Wagner de Souza Campos, eminentemente sanitaria, médico e escritor, além de notável liderança na área da saúde. Lembrei no texto um velho debate do campo da saúde coletiva, demarcando campos divergentes. De um lado, o território dos saberes e práticas de fundo positivista e instrumental, que chama para si o estatuto de saber exclusivo na explicação da saúde e da doença. De outro, os defensores de conhecimentos e práticas voltados para a emancipação humana. Ou seja, a visão dos economistas e dos políticos versus a dos intelectuais militantes. Uns atrelados ao aparelho de Estado, aos partidos políticos, às racionalidades técnicas; outros tendo nas pessoas – e com foco total nelas – seu objeto a ser convertido em sujeito. Missão de um super-homem arrogante? Ou de algum santo peregrino?

Meu hit verdadeiro foi um artigo que escrevi no alvore do novo século, publicado em revista séria, intitulado *Esculpindo o SUS a golpes de portaria*, ainda atual dez anos depois. Ouvi pelo menos uma pessoa notável dizer que a autoria da frase-título era dela, mas tudo bem – coisas do mundo da militância, em escassa comunhão comigo. Minha questão era: o SUS dispõe de um pedaço só seu na Constituição Federal de 1988, com nada menos que cinco artigos, algo inédito em toda a história da política de saúde no Brasil. Tem também duas leis orgânicas, que também colocam o nosso sistema de saúde em patamar exclusivo face às outras políticas. Suas leis ordinárias se contam, hoje, às dezenas. Como se todo este arcabouço não bastasse, existe ainda uma emissão copiosa de portarias do MS, centenas a cada ano. Isso parece ser congênito ao nosso sistema de saúde: já era assim desde os tempos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e tem continuado pelas décadas afora. Questionei, em tal texto, se não existiriam maneiras mais dinâmicas, menos burocráticas, mais duradouras e também mais compreensíveis de construir normas para a operação do SUS;

Na minha discussão recorri também a Luis de Camões, um de meus ídolos literários, citando um verso seu na *Lírica: mudam-se os tempos, mudam-se as vontades*. Tomei como exemplo a dengue, mas com certa generalização, procurei apresentar reflexões sobre as práticas de saúde, seja de natureza individual ou coletiva, assistencial ou educativa,

voltadas para tais doenças, na tentativa de apreender alguns dos obstáculos que se antepõem às medidas de controle que impediriam o setor saúde de comemorar vitórias mais expressivas sobre elas. Insisti que embora pudesse parecer algo óbvio e mesmo redundante, não custaria nada insistir no caráter não estritamente técnico e sanitário das medidas que devem ser adotadas para o controle deste tipo de doença.

Descentralização na saúde: uma no cravo, outra na ferradura, foi o título um tanto jocoso de outra seção. Ao contrário, por exemplo, do conceito de democracia, propus que existiria de fato uma descentralização à brasileira, não propriamente no sentido conceitual, mas, com certeza, do ponto de vista operativo. Com efeito, o processo de descentralização de políticas públicas no País, particularmente na área da saúde, refletia desde muitos anos os contextos políticos e institucionais brasileiros, além de uma cultura e de uma história específica. Dois fatores, pelo menos, deveriam ser considerados na descentralização brasileira: a arraigada história de centralismo presente em nossas instituições, desde o período colonial, bem como o caráter altamente peculiar da federação nacional, com forte autonomia dos estados e dos municípios. O resultado é um processo cheio de conflitos e idas e vindas, justificando o dito popular que serve de título ao texto. É mais um fator que influi nos resultados ainda frágeis e de pouco reconhecimento social relativos à política de saúde implantada com a Constituição de 1988, à qual ainda *faltaria cumprir-se*, trazendo à luz outro poeta português, Fernando Pessoa.

Peguei pesado naquilo que foi o foco de minha área da tese de doutorado na Fiocruz, a Estratégia de Saúde da Família. E de cara fui colocando polêmica na fogueira: *flexibilizar sem perder a compostura*. É que ter compostura, para os militantes de tal estratégia, não poderia envolver qualquer tipo flexibilização de tal programa, embora posteriormente tenham se acalmado. E ataquei assim a rigidez estrutural da estratégia de tal programa precisava urgentemente superar sua fase heroica de implantação, durante a qual ela talvez tenha sido necessária. A própria criatividade dos gestores da saúde já vinha propondo inúmeras alternativas, configurando-se, assim, no País-real, não “o” PSF (único), mas muitos e variados PSF. O grande problema, porém, era que tais variações nem sempre se estabeleciam de forma conseqüente ou regulada. Mas certamente seria preciso mais ousadia, criando mecanismos flexibilizadores – que frequentemente causavam horror aos puristas – mas que na verdade poderiam representar a salvação de tal estratégia, mais do que sua extinção, com as devidas precauções e salvaguardas. Dessa vez a história me deu razão, embora isso não tenha feito com que eu adentrasse nas narrativas oficiais.

Uma síntese: o SUS, entre o sonhado, o real e o possível

Em maio de 2017, já não me lembro através da indicação de quem, fui convidado a falar em um evento do Sindicato dos Bancários do DF, cujo tema era saúde e mais especificamente o SUS. Na verdade, me preparei para uma plateia que certamente aspirava, mais do que o SUS, o acesso aos planos de saúde privados, nem cenário dominado, no principal banco do país, o Banco do Brasil, pela prestação de serviços de saúde através de uma fundação privada, a CASSI, custeada historicamente por um misto de dinheiro do próprio banco e dos funcionários. Àquela altura dos acontecimentos, contudo, o financiamento era só destes últimos e isso também me indicava qual seria outra tônica do evento, qual seja o desejo de participação patronal no custeio dos tais planos. Dito e feito, mas em ambiente de tantas contradições, penso que dei o meu recado.

Pelo menos em uma coisa devo ter me saído bem, pois o sujeito que me antecedeu na palestra, um economista do IPEA, ligado fortemente a correntes de esquerda, possivelmente à esquerda mesmo do próprio PT, já abriu sua fala dizendo que sua abordagem era para um sistema de saúde para trabalhadores “dentro do contexto do socialismo”, ou seja, um verdadeiro “SUS sonhado” e mais do que isso, um “modo de produção” igualmente sonhado. De minha parte, procurei ser mais modesto, falando de um SUS apenas “possível”, o que implicaria em reformas do sistema tal qual era operante e no qual qualquer desembolso de dinheiro público para cobrir despesas privadas com saúde não seria desejável.

Nada como se ater à realidade, embora a plateia me parecesse um tanto indiferente, seja a mim ou a ele, talvez porque aspirassem, de fato, outro tipo de proposta.

Comecei pegando leve, dizendo que era preciso distinguir e qualificar a diferença entre o que foi *sonhado* generosamente, aliás, pelos formuladores da reforma sanitária dos anos 80, daquilo que foi *concebido* mediante associação com outros atores políticos na sequência, em ambiente marcado por alguns “pecados originais”, cabendo diferenciar as coisas, principalmente quanto ao ente efetivamente construído nas quase três décadas de existência do sistema, malgrado muitos (entre os quais me incluo): o SUS *real*.

Assim, introduzi, de leve, a proposta de uma *SUS possível*, lembrando que alguns certamente quisessem a volta do sonho, enquanto outros desejassem simplesmente passar uma *caterpillar* no que foi construído penosamente. E fui em frente, discriminando a *realidade* do SUS que temos no país, sem esquecer que alguns de suas dificuldades, tais como ineficiência, ineficácia, além de, essencialmente falta de capacidade de reação frente às mudanças epidemiológicas, demográficas, políticas e culturais pelas quais passa a sociedade brasileira. Não deixei de lado, também, um *SUS que deu certo*, apregoadado exaustivamente pelos militantes, de cuja existência não duvidava, mas não sem antes convir

que ele apenas corresponderia a *ilhas* de acerto e sucesso que não chegam a formar *arquipélagos* e muito menos se juntar na formação de um *continente*. Apontei que aquele *SUS real* tinha se convertido em verdadeiro *Reino do Mais do Mesmo*, no qual as regras de negócio são feitas a *golpes de portaria* pelos burocratas do Ministério da Saúde e de outras instâncias, muitas vezes ao arrepio das maravilhosas intenções oníricas e desejosas de seus formuladores, nos heroicos anos de resistência.

E dentro de tal modelo *real*, porém diferente daquele *sonhado*, problemas que se somavam aos já citados não eram poucos, por exemplo, o fato de que não se protegia os mais pobres, como a militância insistia em acreditar. Os pobres, com efeito, estavam nas filas, nas listas de espera, nos leitos de corredores. Já os mais bem aquinhoados pagavam por planos de saúde, que mesmo sem serem totalmente dignos, lhes oferecem condições bem melhores de atenção. E o pior: quando é o caso de procedimentos de alto custo, emergenciais ou de alta complexidade, aí fala mais alto a lei do *sabe com quem está falando?* Como dizia o saudoso Adib Jatene: *o maior problema de se ser pobre é só ter amigo pobre* – coisa que na saúde se demonstra à exaustão. Somam-se a isso as variadas barreiras normativas, burocráticas, políticas, corporativas, além de (não nos esqueçamos) culturais, que espalham obstáculos em ambos os lados dos guichês, mesas e mesinhas de atendimento ao público.

Assim, aquele *SUS para todos* que os precursores um dia sonharam, acaba sendo realidade apenas para os mais ricos, quando necessitam de cuidados mais sofisticados, como, aliás, acontece em outras políticas públicas. E no que o *SUS* não oferece diretamente, a *judicialização* dá seu jeito...

Ao fim e ao cabo, aquelas dignas ideias relativas a *direito de todos, unidade, descentralização, participação, responsabilidade do Estado, determinação social*, além de outras, continuavam válidas, mas aquele *sonho de uma noite de verão* nos idos dos anos 80, embora legítimo, não conseguiu ser realizado como fato concreto, mas apenas como direito formal. Como diria Fernando Pessoa: *falta cumprir-se o SUS*. Tudo isso, para mim, reforçava a necessidade de não só se rejeitar o *SUS real*, mas também as propostas sonhadoras e de pensamento desejoso que o querem fazer *renascer* (ou ser *reinventado*). Ou, como talvez prosperasse a ideia naquele ambiente, deixá-lo apenas para os mais pobres.

Propus, então, analisar outro projeto, o de um *SUS possível*, face à conjuntura atual e de futuro não muito imediato, em honra daqueles cidadãos que já não suportam mais a amarga *realidade* que lhes é impingida cotidianamente nos hospitais, nas emergências e nas unidades públicas de maneira geral, quase sempre longe daquelas supostas *ilhas de excelência* que nunca são alcançadas.

Mas primeiramente, lembrei, era preciso dar um *adeus às ilusões*, entre as quais enumerei: a crença de que seria possível dar *tudo para todos*; a de que todo poder deve ser atribuído aos municípios em matéria de saúde; a do enganoso *controle social*, que se realiza mais *sobre* a sociedade do que *a partir* dela; a certeza de que existiria profunda *maldade* na ação do setor privado e que sua incompatibilidade com o sistema público é total e inerente a ele; a crença de que dinheiro é feito de látex e que, assim, os orçamentos públicos são sempre uma questão de decisão política que escapa à lógica aritmética e, finalmente, que seria sempre necessário *cumprir a lei* (não que isso seja desnecessário), mas muitas vezes o mais importante seria anular e recriar dispositivos que redundam apenas em técnicas e bijuterias jurídicas, dando alguns exemplos disso.

Aí, aproveitando que a plateia parecia começar a se mexer, emendei: que o foco real de tal *SUS possível e desejável* seja realmente colocado sobre os *mais pobres, carecendo*, para tanto, de uma *concertação* com atores sociais diversos, particularmente Ministério Público, Judiciário e Sindicatos, dentro de uma palavra de ordem (se é que alguém dá ordens a tais personagens...): *não aos preconceitos e sim às evidências*.

Concluí com a proposta de um novo desenho para o SUS, que explicito em seus itens principais na seção abaixo. Então, a campanha soou, eu agradei e esperei o céu desabar sobre minha cabeça. Mas todo o debate girou em torno da reivindicação de cobertura patronal aos planos de saúde, com o SUS praticamente ausente das conversas.

Isso representa bem um resumo do estado da arte do que o pobre do SUS enfrenta nos dias de hoje. Os sindicalistas foram, no início, um dos esteios do SUS. Hoje querem coisa bem diversa.

Apostasias

Aqui, em síntese, trago aos leitores algumas ideias com que me entretive ao longo dos anos, tendo como foco o nosso sistema de saúde. Na palestra aos bancários narrada acima, falei de algumas delas. Mas tem mais na sacola. Algumas dessas propostas, por sinal, bastante rejeitadas; outras tratadas com indiferença e uma parte, bem ou mal, em vias de incorporação pelos agentes da política ou gestão do sistema.

Assim, vamos lá:

1. É preciso abandonar aquele “sonho” chamado SUS e ao mesmo tempo rejeitar o SUS “real” para buscar um SUS “possível”; aquela visão onírica e triunfalista, aquele pensamento desejoso, próprios dos militantes, só tem levado a impasses em relação à saúde no Brasil – é preciso pensar com realismo!
2. O SUS não é fruto de movimentos sociais – seria bom que o fosse – mas sim de um grupo de intelectuais, acadêmicos, sindicalistas e

- atores políticos influentes no período de redemocratização do país, grupo este que, aliás, perdeu influência no cenário nacional.
3. A unanimidade é prejudicial à Saúde; o excesso de consenso entre os defensores tem impedido o SUS de avançar, com eventuais ideias de reforma sendo combatidas com vigoroso preconceito – é preciso arejar o debate, buscando e aprofundando ideias novas de fato.
 4. O SUS é um produto típico dos anos anteriores à década de 80 e desde então muita coisa mudou no Brasil e no Mundo, de tal forma que o nosso sistema de saúde deve ser ressignificado e reestruturado à luz de novos conhecimentos e informações, epidemiológicos, demográficos, econômicos, políticos e culturais.
 5. Ousadia de cumprir as Leis? Melhor seria exercermos a ousadia e arregimentar energias com a mudança nas leis que não colaram e que impedem as políticas públicas, entre elas o SUS, de avançar.
 6. A “igualdade” do direito ao acesso para ricos e pobres é falsa e prejudica estes últimos; os ricos sempre têm mais chance de abocanhar o que oferecem as políticas públicas, pois “pobre só tem amigo pobre”, enquanto os ricos usufruem de uma extensa rede de contatos e influências, que lhes abrem portas em toda parte.
 7. “Sistemas de saúde com foco nos mais pobres são também pobres” é dito comum entre os militantes pró SUS, mas gostaria de saber se realmente existe alguma confirmação científica para esta afirmativa genérica.
 8. Sistemas de saúde que se prezem devem oferecer *tudo para todos*, esta é a base do SUS. Em que país do mundo isso foi alcançado?
 9. No SUS, “a municipalização é o caminho”. Isso significa que São Paulo, a capital, e um minúsculo município dos confins da Amazônia devem ser tratados de igual forma? Não! São Paulo e as cidades maiores devem ter muito mais autonomia para resolver seus problemas; os menores e mais pobres devem ter sua autonomia relativizada, para não serem obrigados a assumir todo o ônus de oferecer saúde a seus habitantes. E o financiamento dos níveis centrais de governo (União e Estados) deve estar atento a tais diferenças.
 10. Os Conselhos de Saúde devem ser deliberativos, assim está escrito na Lei; mas quem paga judicialmente por deliberações equivocadas é o Prefeito ou o Secretário Municipal e não o Conselho ou seus conselheiros. Simples assim.

Revisionista, eu? Pode ser que sim. Admito. Mas prefiro assim *do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo*.

CRÔNICAS SUSIANAS

Aqui vão algumas publicações avulsas minhas, feitas em meus blogs *veredasaúde.com* ou *saudenodf.com.br*, todas elas tratando do mesmo tema que orienta a presente digressão. Trago-as aqui para que complementem alguns aspectos que considero não suficientemente tratados ou aprofundados nos textos acima.

- **Escuta cidadã qualificada versus “controle” social**

Com todo respeito, quando leio as leis e regulamentos existentes sobre a participação da sociedade nas políticas públicas no Brasil, especialmente na saúde, o que vejo são fórmulas burocráticas. Podem até ser bem intencionadas, mas seu caráter pesadamente formal e burocrático as torna pouco funcionais. Refiro-me diretamente, por exemplo, ao que nos oferece a Lei Orgânica do SUS, na qual se fala em *paridade e poder deliberativo*, além de conselhos formados por representações institucionais formais, mas não necessariamente representativas do conjunto dos interesses da sociedade. Não se preocupem, não me tornei, de repente, um herege em relação ao nosso sistema de saúde (embora pense que uma boa dose de crítica possa fortalecê-lo mais do que destruí-lo). É que essas coisas já estão superadas, se é que foram cogitadas, em realidades mais avançadas e dinâmicas do que a brasileira, em termos de democratização do Estado. Em tais questões, para mim seria o caso de nos esforçarmos em deixar de “fazer mais do mesmo”, em troca de inovar e incrementar métodos e conteúdos que valorizariam uma das mais importantes fatores introduzidos na administração pública contemporânea, quais sejam os mecanismos de instrumento de participação social. Vamos então, ao invés de “controle social” e outras alegorias congêneres, tão ao gosto da militância do SUS, pensar em *Processos de Ausculta Cidadã Qualificada*, nos quais a escolha dos cidadãos deve partir de requisitos menos formais, tendo como foco o interesse direto dos mesmos, seu grau de informação ou até mesmo sua representatividade em termos estatísticos.

Informações mais contemporâneas, baseadas na literatura e em evidências internacionais, indicam e reforçam que há evidências de que o homem comum e profano, o famoso *leigo*, também tem condições de opinar em questões científicas. Isso se aplica a qualquer cidadão comum, não apenas a representantes institucionais formais. Se vale para ciência, energia e ambiente, como ali se propõe, há de valer também para a saúde. Isso está resumido em um artigo de Ricardo Abramovay, pesquisador da USP, que os leitores poderão acessar no link ao final.

É claro que tal raciocínio deve ser feito com relativa cautela, para não cairmos na armadilha de que meras opiniões e pontos de vista pessoais não se transformem em um “eu-achismo” rudimentar. Algo assim, ainda mais quando ciência e tecnologia estão em jogo, não seria só imprudente, mas também bastante perigoso. E o próprio Abramovay adverte: “*Tomar decisões com base na opinião imediata das pessoas é um gigantesco risco para a própria estabilidade das relações políticas em qualquer sociedade. Esta é uma das razões que explica a existência não só da Constituição, mas de outros órgãos do Estado que não dependem do humor instantâneo da opinião pública. [...] Ao mesmo tempo, limitar a escuta social ao que dizem as urnas a cada dois anos tampouco ajuda no*

enfrentamento de nossos maiores desafios, e faz com que só elites especializadas participem das decisões, ainda mais quando esses desafios envolvem ciência e tecnologia". E eu acrescento: tal assertiva vale claramente também para a saúde, na qual, afinal, estão presentes questões que dependem essencialmente de ciência, mas que envolvem diretamente o dia a dia das pessoas comuns.

Artigo publicado na revista Science (ver link), uma das mais prestigiadas do mundo, trata exatamente da “consulta cidadã” sobre nada menos do que o genoma humano, mostrando bons resultados de tal processo. Aliás, já existe vasta experiência com tais técnicas de ausculta aos cidadãos comuns em debates científicos, que já se contam às centenas, segundo trabalho recente da OCDE (ver link). Como exemplos, a França realizou recentemente uma “Convenção Cidadã para o Clima” com 149 propostas práticas de políticas públicas (link); o UK realizou um processo semelhante e nos EUA foi formada, em 2010, uma rede de Avaliação por Especialistas e Cidadãos sobre Ciência e Tecnologia (link).

Existem diversas técnicas para esta escuta qualificada, com foco em questões políticas diversas. A grande surpresa é que tais fóruns não possuem a característica burocrática que lhes é dada no Brasil, com representantes formais de entidades diversas (nem todas devidamente qualificadas, diga-se de passagem), mas sim (pasmem-se mais uma vez!), de cidadãos sorteados de forma aleatória. Estes depois de debaterem com intensidade vão, por sua vez, convocar os especialistas no tema para ajustar a proposta final. Os especialistas, então, respondem às perguntas dos leigos que assim adquirem informação mais qualificada. Na sequência os cidadãos comuns debatem entre si e se obrigam a ouvir aqueles que têm opiniões diferentes.

Sem dúvida, isso representa um fértil e pedagógico exercício de tolerância e apreensão da realidade, totalmente contrário à polarização irracional e desinformada, além de burocrática, coisas que atualmente, no Brasil, nos fazem padecer com seu enorme custo social e político.

Sobre esta polêmica escolha por sorteio, acredita-se que nela seria mais expressiva a diversidade social do que, por exemplo, nos parlamentos – e nos conselhos de saúde, por que não? – o que não significa que tal assembleia de cidadãos sorteados tenha o monopólio da representação política. Esta modalidade de seleção, favorece, além do mais, as chances de que aí estejam presentes os mais diferentes pontos de vista, configurando um caminho para avaliar diferentes lados de questões complexas. É assim que funcionam as pesquisas de opinião – as honestas, claro!

É claro que tudo isso produz impacto sobre os militantes do SUS, gente acostumada (para não dizer *viciada*) ao raciocínio baseado

em *certezas* não comprovadas empiricamente e com uma crença avassaladora no exercício do *mais do mesmo* e do *eu acho*.

Voltando ao caso da Saúde no Brasil, penso que que a lei 8.142, dita “Orgânica do SUS”, que apregoa como atributos da participação em saúde a *paridade* e o *poder deliberativo*, já se esgotou. Tal *poder* não é verdadeiro e a tal da *paridade* muitas vezes é antidemocrática. Mas tem mais... A participação social em saúde, que os militantes chamam triunfalmente de “controle social” acumula, em seus quase trinta anos de história alguns equívocos que merecem, sem dúvida, um *reboot*. São eles: a) a *autonomização*, que levanta a expectativa de que nos conselhos de saúde residiria, de fato e de direito, um quarto poder; (b) a *plenarização*, que os quer transformar em fóruns de debates entre os diversos segmentos sociais, procurando minimizar a presença (e a atuação) do Estado; (c) a *parlamentarização*, ou seja, a formação de blocos ideológicos e partidários com tomadas de decisão por voto, não por consenso; (d) a *profissionalização*, que abre caminho para militantes *full-time*, excluindo outros menos devotados, embora também interessados; além de certa (e) *auto-regulação*, uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde.

Para terminar, seguem algumas ideias sobre tal assunto, já defendidas por mim em texto anterior (ver link):

1. Inclusão de novos atores, espaços e instrumentos de participação, de modo a compor um quadro compatível com uma “nova gramática social”, ao mesmo tempo com ultrapassagem e superação do formalismo vigente.
2. Ênfase especial conferida às tecnologias da informação, que compõem um cenário de ferramentas participativas diversas, de baixo custo e ampla assimilação contemporânea.
3. Necessidade de valorização cada vez mais ampla do saber profano e da lógica do usuário face ao domínio habitual do conhecimento dos técnicos e dos especialistas.
4. Ampliação do sentido da “deliberação”, ampliando-o e revitalizando-o, em termos do alcance coletivo do processo e também das possibilidades de debate e troca de argumentos, com foco na produção de decisões justas e corretas, com participação ativa e refletida dos atores sociais, mediante processos que não produzam apenas a unanimidade, mas sim a revelação da razão pública e seu atrelamento à vontade coletiva.
5. Melhor compreensão do fenômeno da participação dentro de um panorama mutante, de reduzida estabilidade e imprevisibilidade das condições de vida e de trabalho da população, com seu cortejo de precariedade, fragmentação social, volatilidade das relações, segregação urbana, além de confrontos culturais diversos.
6. Da mesma forma, apreensão, compreensão e sistematização dos diversos componentes pedagógicos e conscientizadores, bem como

as possibilidades de trocas racionais e intersubjetivas de argumentos nos momentos deliberativos, característicos das boas práticas participativas, dentro de um contexto de *ausculta qualificada e participação informada*.

7. Enfrentamento dos dilemas da *crise da representação política*, ou seja, o reconhecido distanciamento entre representantes e representados, com o advento de estratégias que promovam o aprimoramento de tal representatividade, a capilaridade dos efeitos deliberativos, bem como, a maior equalização das oportunidades de participação.
8. Valorização do protagonismo social nas experiências participativas, com incorporação de boas práticas inovadoras acrescidas de ações complementares para garantia de sustentabilidade dos processos participativos.
9. Distinção de escalas micro e macro nos processos participativos, admitindo-se as diferentes lógicas inerentes a elas, com maior ênfase na escala microterritorial, na qual os atores participantes estarão engajados em repertórios diversos de controle de políticas públicas que lhe dizem respeito, embora não necessariamente orientados de forma setorial.
10. Foco no surgimento de novos instrumentos de deliberação, por exemplo: ausculta “informada” aos desejos e demandas dos cidadãos; interação construtiva, soluções inovadoras e criativas; técnicas de resolução de conflitos, além de outras.

Em suma, é preciso ampliar o sentido daquele “poder deliberativo” apenas formal que está na lei 8.142, para o que se faz necessária a extrapolação da moldura normativa vigente, com a criação de novos fóruns de debates, tais como comitês, conselhos de unidades, grupos de cidadãos, estratégias de mobilização massiva, novas formas de democracia direta, utilização intensiva de tecnologia de informação, mecanismos pontuais de consulta, arregimentação de interesses de grupos específicos. Paridade? Isso é meramente um arranjo para garantir decisões tomadas por voto, em disputas ferrenhas, não por consenso ou argumentação para convencimento amplo e duradouro. Assim, defendo a busca de arranjos participativos diversificados que ponham em destaque a magnitude e a variedade de múltiplos atores e um conjunto de problemas inéditos nos registros originais da participação social, tais como a pauta relativamente restrita das demandas por mais inclusão e autodeterminação.

Fiquem tranquilos. Não estou propondo cancelar a participação social que a Constituição assegura na Saúde. Mais do que isso, defendo seu aperfeiçoamento, através de modalidades de participação informada, qualificada e cidadã, ao invés desse “controle social” pretensioso, ilusório e burocrático.

Saibam mais:

– Conheça o artigo de Ricardo Abramovay:

- <http://ricardoabramovay.com/a-opiniao-das-pessoas-comuns-pode-colaborar-nas-decisoes-cientificas/>

– Sobre o artigo da revista *Science*:

- <https://science.sciencemag.org/content/369/6510/1435>

– Posição da OCDE sobre o tema *Escuta Qualificada de Cidadãos*:

- https://read.oecd-ilibrary.org/governance/innovative-citizen-participation-and-new-democratic-institutions_339306da-en#page13

– *Escuta Qualificada de Cidadãos*: Relatório francês sobre o Tema do Clima:

- <https://www.conventioncitoyennepourleclimat.fr/>

– *Escuta Qualificada de Cidadãos*: Relatório inglês sobre o Tema do Clima:

- <https://www.climateassembly.uk/report/>

– *Escuta Qualificada de Cidadãos*: EUA (tema: Ciência e Tecnologia):

- <https://ecastnetwork.org/about/history/>

– Texto anterior de minha autoria em que defendo ideias “diferentes” (*off label*, se quiserem...) sobre participação social em saúde no SUS:

- <https://observatoriosaudedf.wordpress.com/2017/08/17/participacao-no-nivel-local-algumas-ideias/>

Acesse: <https://saudenodf.com.br/2024/02/01/escuta-cidada-qualificada-versus-controle-social-2/>

- **Um dia na vida de Filomena Dias**

– *Último dia para entrega do relatório, Filomena!*

É comigo, infelizmente... Todo dia a mesma coisa, alguém me anunciando que é o último dia ou que o prazo já venceu. De susto em susto, de aperto em aperto, vou levando minha vida de gerente em serviço de saúde. Qualquer dia me anunciam – ou me cobram – o juízo final, só falta... Mas tenho muito orgulho do que faço, estou aqui por ter

sido aprovada em concurso e depois ainda ter feito uma formação para gerente. Isso entre um punhado de concorrentes. E tem mais, fui considerada, modéstia a parte, aluna destacada, a primeira a ser nomeada para a gerência, e já se vão quatro anos.

Mas cá entre nós, o que me faz sentir uma funcionária especial é o fato de que, ao contrário da maioria de meus colegas gerentes, eu não ser enfermeira, médica ou de alguma outra profissão de saúde. Este povo da injeção e da lavagem intestinal, sabem? Na verdade, sou formada em administração, com carreira longa na saúde, encarregada de faturamento em hospital durante um bocado de anos. E foi aí que fiz vestibular, cursei e concluí a faculdade. Mais um esforço, entre tantos...

– Filomena, você já preparou a lista de medicamentos de urgência para este mês?

Ó céus, lá vêm eles de novo... Mas sabem, eu me considero, de fato, uma pessoa aplicada. Eu conheço na ponta da língua o estatuto do servidor e, além dele, todas as normas existentes com relação ao serviço público. Como minha vida nisso. Mas acho que cheguei quase à perfeição na contabilidade – sou realmente boa nisso – particularmente no que diz respeito ao faturamento. E não tomo decisões de nenhuma espécie sem consultar certos livros de cabeceira, como o estatuto do funcionalismo, a coletânea das leis e das normas do SUS e até mesmo a Constituição. Aliás, além do curso de gerente já fiz vários outros de menor carga, por exemplo, na área de relações humanas no trabalho e de logística, coisas que eu simplesmente a-d-o-r-o.

Mas desde há três dias atrás, estou muito chateada. Não é que um programa de TV, daqueles sensacionalistas e muito cafonas, que muito apropriadamente se intitula “Barra Pesada”, deu grande destaque à reclamação de um cliente daqui da unidade, denunciando a falta de medicamento para eleição, seja lá o que isso for – acho que ele quis dizer ereção. Isso nem faz parte de nossa lista, só porque o laboratório mandou um punhadinho dos tais comprimidinhos azuis para se distribuir aqui ele acham que isso vai durar o resto da vida. Mas sei muito bem dos medicamentos que nunca deveriam estar em falta, de uso contínuo por muitos pacientes; mas mesmo estes, faltam. Mas devo dizer, depois que assumi esta gerência, nunca deixei de enviar as listas, a tempo e a hora. Eles atenderem direitinho é outra história.

– Dona Filomena. O banheiro das mulheres está com um vazamento há quinze dias e não há mais papel higiênico no estoque.

Filhos da mãe estes caras da manutenção! Essas cobranças devidas à irresponsabilidade de outras pessoas me arrepiam até os ossos. Sempre cuidei de preparar as listas de solicitações à Secretaria, a tempo e a hora, seja de medicamentos, produtos de limpeza ou serviços de manutenção. Nisso coloco a maior atenção, com pontualidade quase

religiosa e mesmo assim, muitas vezes, vejo falhar o esquema. O problema é que tem uns funcionários que mandam para trabalhar aqui que, sinceramente, Deus me livre. Esta Fabiana, por exemplo, que encarreguei de fazer a lista mensal de pedidos, já houve ocasião de atrasar a tarefa, por ter esquecido, por inacreditáveis quinze 15 dias. Quinze!

– Filó, pelo amor de Deus: a lista de medicamentos de urgência é urgente!

Pronto, isso é a rotina. O pior é que só posso fazer alguma coisa depois do final de semana e do feriado de segunda, pois hoje é sexta feira e já são cinco horas da tarde. E olhe que hoje seria dia de folga para mim, licença para compensar horas extras da última campanha de vacinação, com trabalho em pleno domingo. Será que não tenho direito nem a isso? Ai, como estou cansada disso tudo... Já até marquei uma consulta com o psiquiatra do meu plano de saúde, pois tudo isso me faz ficar muito deprimida. Mas a espera que me anunciaram é muito grande. Meses...

– Filomena, o que você faz aqui não serve para você? Só para os outros? Por que marca consulta em plano de saúde e não na clínica de especialidades aqui da Secretaria?

Ora vai, só faltava essa. A pirralha aí só porque faz faculdade e estuda Sociologia se julga a dona da verdade e da consciência política geral. Mas estuda em escola particular... Por que não tenta numa Federal? Pois é, tudo numa sexta feira... Mas na segunda serei a primeira a chegar no serviço, disposta, até a raiz do cabelo, a esclarecer tudo. Mas não é que me lembrei que Fabiana foi liberada (por mim mesmo...) para compensar suas horas-extras e mais outros acertos e que só retorna ao trabalho dentro de uma semana? Caramba, falha minha, brutal. O jeito é tentar resolver isso pessoalmente. Irei eu mesma à Secretaria – e seja o que Deus quiser. Mas antes disso, outro contratempo: me lembrei que é dia de fechar alguns dos boletins do sistema de informação, coisa árdua, morosa, chata de fazer. O único computador disponível aqui no serviço tem pelo menos dez aninhos de uso e é tem uma memória de barata, além de estar muito sobrecarregado de dados. Vou ter que aguardar no mínimo mais dois dias para executar a providência, pois vejo que minha presença no serviço agora é fundamental, principalmente depois do noticiário depreciativo do tal Barra Pesada. Malditos!

Como se não bastasse – ai meu Deus! Me chega agora uma informação nova, trazida por uma funcionária da limpeza, a Adelaide, que parece confiar em mim e me pede total sigilo a respeito do assunto. Segundo ela, tudo o que aconteceu e foi parar na TV parece uma armação, pois uma mulher usuária, cujo nome ele não sabe, teria se desentendido com Fabiana e, na ocasião, algumas pessoas ouviram a mesma dizer que “um dia se vingaria”. Adelaide ainda vai além: o marido dessa dona, de nome Alcebiades, líder comunitário na região, vem se sentindo

desgastado com os nossos serviços, e também com as pessoas que aqui trabalham. Mas eu, Filomena, já saquei a raiz da confusão: Alcebiades, conhecido aqui como Bidinho, está revoltado, na verdade, é com o não aproveitamento de algumas pessoas indicadas por ele para vagas recentemente abertas de Agentes Comunitários de Saúde. E além do mais, tem fama de abusador sexual... Aqui tudo vai dar nisso: problemas pessoais mal resolvidos... E deve ser verdade mesmo... Essa Dona Maria, mulher do tal Bidinho, é dessas pessoas que frequentam aqui muito amiúde – demais da conta, para falar a verdade – e mesmo se dando bem com alguns funcionários, principalmente com os médicos – não poupa outros membros da equipe de suas investidas, às vezes até caluniosas.

Em outra ocasião, uma denúncia trazida por esta senhora eu pude perceber que era uma retaliação pessoal contra uma funcionária, vizinha dela, acusada por esta de “estar lhe paquerando o marido”. Mas volto aos boletins de informação. Só completei o serviço na quinta feira, não mais na quarta, como pretendia, pois uma pessoa que me ajudava faltou. E só então consegui ir à Secretaria resolver a pendência que me atormentava já havia quase uma semana.

Mas então eu nem sabia como os meus problemas ainda iam aumentar – e muito. Não só o tal do Barra Pesada, que havia denunciado o problema da falta de remédios, como outros programas sensacionalistas de rádio, agora não falavam de outra coisa, até acrescentando detalhes comprometedores e mentirosos. Por exemplo, que ocorriam também trocas de medicamentos no ato da entrega a pacientes, levando algumas pessoas a piorarem seus sintomas. Ai meu Deus: eu já estava, então, literalmente à beira de um ataque de nervos.

– Filomena, mande urgente a lista das pessoas que terão direito à bonificação de acordo com a Portaria 132, o Secretário pede que seja logo!

E fui à Secretaria, já com as pernas inteiramente bambas. Estava vendo a hora que ia fazer xixi nas calças. E ali vi minhas suspeitas se confirmarem: o medicamento que faltava, segundo a queixa divulgada nas rádios, realmente estava fora da lista encaminhada duas semanas antes. Eu até me ofereci para levá-lo pessoalmente à unidade, mas o responsável pelo almoxarifado me disse, em tom de advertência (ó céus!), que isso contrariava as regras, e que eu teria de esperar pela nova data de entrega prevista, dentro de dez dias aproximadamente. Lamentei muito, mas fazer o quê? Logo eu que, afinal de contas, sempre fui defensora intransigente de que “normas são normas”. Assim, tive que acatar a decisão da besta do almoxarife e aguardar pacientemente a normalização do atendimento.

Mais uma vez, infelizmente, meus problemas estavam longe de acabar... No dia seguinte, um Promotorzinho de Justiça entra na história,

exigindo do Secretário uma explicação para a falta de medicamentos na unidade. Já cheguei no dia seguinte encontrando mais uma notificação urgente: – Filomena, por favor justifique, por escrito, o acontecido, em prazo máximo de 24 horas. Neste mesmo dia, fiquei sabendo depois, o Barra Pesada mandou um repórter à unidade para me entrevistar e não me encontrou, já que eu estava na Secretaria preparando o relatório que o chefe me pedira. O repórter ameaçou aprontar um escarcéu sobre a ausência da responsável, “em pleno horário de trabalho” Alguém me liga pelo celular, anonimamente, para dizer que existiria uma rixa entre Adelaide e dona Maria, que também eram vizinhas e tinham desavenças antigas, não sobre maridos, mas a respeito de demarcação dos respectivos terrenos... Para completar a confusão, Fabiana me aparece alegando que o tal medicamento não foi solicitado simplesmente porque havia quantidade suficiente em estoque, me mostrando provas disso. Portanto, segundo ela, o que deve ter ocorrido é algum desvio. Ato contínuo, o almoxarifado central se manifesta, pedindo que eu compareça para depor em uma comissão de inquérito visando esclarecer possível desvio de medicamentos na unidade.

Mas aí, então, até que enfim: – *Sra. Filomena Dias, por favor entre em contato com a nossa Central de Marcação de Consultas.* Fui para casa no último furo. Mas pelo menos, finalmente, tive a consulta marcada com o psiquiatra, ou psicólogo, sei lá, o Doutor J. Pinto Fernandes, que ainda não havia entrado na história. Mas fui obrigada a desmarcar a consulta, pois tinha que dar conta de todas aquelas pendências.

<https://saudenodf.com.br/2023/11/21/um-dia-na-vida-de-filomena-dias-dilemas-da-lideranca-em-saude/>

- **Ideias falsas e propostas mirabolantes sobre a organização de serviços de saúde**

Que bobagens! Digo isso inspirado no livro recém lançado de Natália Pasternak e Carlos Orsi, de nome semelhante, que já chegou levantando polêmicas, as quais – é bom dizer – costumam trazer mais contribuições ao conhecimento do que a paz sepulcral das verdades incontestadas. Dizem eles: "a maioria das pessoas parece ter, pelo menos, uma pseudociência de estimação". Parece ser o caso na área da saúde, na qual o Brasil parece ter mais “especialistas” (ou pseudo especialistas) do que no futebol. Assim, um pouco ceticismo, ainda mais diante de certas soluções geniais, só poderia nos fazer bem.

No livro citado acima, Pasternak e Orsi abordam doze temas que não passam pelo crivo da ciência: Astrologia, Homeopatia, Acupuntura e MTC, Curas naturais, Curas energéticas, modismos de dieta, Psicanálise e psicomodismos, Paranormalidade, Discos voadores, Pseudoarqueologia, Antroposofia e Poder quântico. Aqui seremos mais modestos, falando apenas de saúde pública, mas os leitores podem ter certeza que a nossa lista também é grande e densa. Outra citação da

dupla cai aqui como uma luva: “Energias curativas, bolinhas de açúcar mágicas, terapias que invocam os antepassados e maluquices inventadas operam, todas, sob ‘leis de tapete voador’. Podem render boas metáforas, boa literatura, boa retórica, mas assim como a Odisseia não prova que os deuses do Olimpo existem, uma história bem contada não é necessariamente uma história real.”

É isso aí. É preciso contestar o pensamento mágico e destituído de evidências, além de identificar e denunciar os mercadores de ilusões e suas soluções mágicas.

As questões que apresentarei aqui são as seguintes:

- *Quem tem plano de saúde não deveria utilizar o SUS.* Uma coisa é uma coisa e outra é outra. Quem paga plano de saúde pode perfeitamente também utilizar o SUS, desde que haja ressarcimento por parte da empresa do plano face à despesa que ela deixou de ter com o atendimento público. Simples assim! Na prática só não acontece porque tais empresas e seus espertíssimos advogados, são capazes de dar nó em pingo d’água, contando além disso com uma Justiça que favorece mais a parte que já é forte o suficiente.
- *Especialistas e especialidades deveriam ser mais abundantes no sistema de saúde, pois representam a grande causa de represamento no mesmo.* Grande engano! O fato de as pessoas desejarem mais especialistas é na verdade uma distorção, gerada e fomentada pelo consumismo e pelo senso comum, porém sem base em evidências. Especialistas só são resolutivos em relação ao campo restrito de sua especialidade – e olhe lá. Quem de fato é capaz de orientar corretamente os pacientes dentro do sistema de saúde, em termos de tratamentos e roteiros, são os profissionais generalistas, não apenas os médicos, mas também enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos e outros, que atuam na chamada Atenção Primária à Saúde, na qual se resolvem na menos do que 80 a 90% dos casos.
- *É preciso formar mais médicos, para evitar a delegação de transferências de responsabilidades nas ações de saúde.* A medicina moderna é feita não mais apenas pelos médicos, mas por Equipes de Saúde. Em tais times, outras profissões, com destaque para enfermeiras (os), têm papel preponderante, às vezes até mais importante do que o dos médicos. Os bons serviços de saúde, não apenas na atenção primária, mas também no campo das especialidades, são aqueles que trabalham em regimes avançados de delegação de tarefas, não o contrário. Estamos falando de um mundo mais civilizado, claro, não de um país em que as entidades médicas vestem costumeiramente a camisa do obscurantismo profissional e cultural.
- *A telemedicina representa um risco para a qualidade das ações de saúde, por constituir um modo de ação que evita o contato direto*

entre médicos e pacientes. A resposta é um corolário da afirmativa anterior. A Telemedicina não substitui o modo tradicional de fazer a clínica, baseado no colóquio singular entre profissional de saúde e paciente, mas sim o amplia. A ideia “tele” está diretamente associada à existência de duas outras, a de elaboração de protocolos compartilhados e de trabalho em equipe. Experiências mundiais têm mostrado que a telemedicina é bastante resolutiva e não compromete, necessariamente, a desejável atenção individualizada. O mais importante é que amplia o trabalho profissional qualificado, da medicina e de outras profissões de saúde, a contingentes imensos de pessoas, que de outra forma não teriam direito a tal acesso.

- *Todas as pessoas são iguais perante a Lei – isso vale também para os critérios de admissão na porta de entrada dos serviços de saúde.* Quanto à primeira afirmativa, nada a negar – tem que ser isso mesmo! Mas isso não significa que seja este o critério mais adequado para regular a entrada de pessoas num serviço de saúde. Neste campo, deixam de ser todos simplesmente “iguais”, mas sim portadores de necessidades diferentes. Torna-se preciso separar os que precisam de atendimento aqui e agora, daqueles do agora, mas não aqui, daqueles do aqui, mas não agora (e até mesmo nem aqui e nem agora...). E há tecnologias que dão conta disso, como é o caso daquelas capazes de distinguir grupos de maior ou menor risco – aquela história das pulseirinhas de cores diferentes, que alguns serviços de saúde até tentam aplicar, embora muitas vezes de maneira incompleta e pouco qualificada. Enfim, quem deve decidir sobre a ordem de atendimento das pessoas em um serviço de saúde não pode ser simplesmente o Dr. Relógio...
- *A medicina deve se voltar para as causas clínicas e tratáveis das doenças, sendo o resto de responsabilidade dos políticos e administradores – ou das assistentes sociais.* Já no século 19 um médico alemão, Rudolf Virchow, dizia que se a medicina quisesse de fato resolver de forma abrangente os problemas dos pacientes ela deveria agir também de forma política. Não se trata de ir para a praça fazer comício, panfletar ou mesmo se candidatar a cargos. Mas sim de enxergar os pacientes dentro de uma totalidade, na qual convergem causas biológicas, culturais e econômicas, além de estilos de vida, acesso a serviços, educação e outras. E para trabalhar dentro de tal âmbito algumas qualificações são necessárias, como por exemplo, competência técnica, visão abrangente, articulação social, sensibilidade, compaixão. Enfim os profissionais de saúde (e as assistentes sociais) deveriam dizer para os políticos e administradores em geral quais deveriam ser os objetos de suas preocupações – e não o contrário.
- *A Atenção Primária à Saúde não deixa de ser uma proposta interessante, mas para questões mais complexas não tem serventia.* Nada mais equivocado! A Atenção Primária à Saúde é sim, uma estratégia de alta complexidade, embora pouco

dependente de tecnologias focadas em equipamentos sofisticados. O verdadeiro potencial de organização sistêmica, resolução, acompanhamento, integralidade da atenção, humanização no campo da saúde, reside de fato na APS, como mostram as experiências desenvolvidas, há muitas décadas, em todo o mundo. Sistemas de saúde organizados de fato são aqueles que possuem uma APS robusta, qualificada, disseminada e principalmente respeitada – e não o contrário.

- *Enfermeiros e outros profissionais “paramédicos” são importantes para apoiar e acompanhar o trabalho dos médicos.* Em primeiro lugar, é preciso parar de apelidar os profissionais de saúde que trabalham em conjunto com os médicos, como os enfermeiros e outros, de *paramédicos*. Eles são membros de uma equipe de saúde, às vezes até mais importantes do que os próprios médicos. No âmbito não necessariamente hospitalar ou da APS, mas do sistema de saúde como um todo, há tarefas e funções compatíveis e típicas dos profissionais de enfermagem, como: docência e supervisão pedagógica; análise epidemiológica; gestão de pessoas; implantação e supervisão de sistemas de qualidade e valor; gerência de programas de saúde, entre muitos outros. Sem esquecer das tradicionais atividades na beira do leito, por certo.
- *Todos os serviços de saúde deveriam ter hortas medicinais disponíveis, para baratear o custo dos tratamentos.* Nada contra as tais hortas... Mas elas não podem se transformar em algo que é destinado apenas aos mais pobres, enquanto os demais continuarão a usufruir do direito de ir às drogarias comprar medicamentos. As fitoterapias certamente têm seu lugar, mas ao mesmo tempo é bom lembrar que para uma planta virar remédio de eficácia comprovada demanda muito tempo e dinheiro em pesquisa. Fatores como o simples uso por populações tradicionais ou praticantes alternativos, o baixo custo e o fato (não comprovado) de “não fazerem mal” não autorizam, de per se, o uso intempestivo e acrítico de produtos vegetais nos serviços de saúde.
- *O SUS é um problema sem solução e a iniciativa privada deve ter maior participação no sistema.* Imaginemos o setor privado brasileiro responsável, por exemplo, por vacinas, tratamento da AIDS, transplantes, controle de endemias, fiscalização de farmácias e regulação de fármacos. Tudo isso quem faz é o sistema público, que apesar de tudo teve bom desempenho não só em tais ações como especialmente na recente pandemia de Covid. Imagine-se, também, a capacidade de o sistema privado dos planos de saúde sobreviver sem as isenções fiscais de que usufrui, inclusive alcançando seu público contratante. Além do mais, as queixas de usuários a respeito do atendimento não diferem muito entre o SUS e os sistema de Planos de Saúde. Os dois precisam de correções, portanto, mas só o sistema público garante, bem ou mal, a cobertura aos 80% da população que somente se utiliza e depende dele. O SUS não é um problema sem

solução, mas sim uma solução ainda acumulada de problemas. E estes problemas são, em linhas gerais, ligados ao financiamento insuficiente, à cupidez dos políticos, à baixa informação da população a respeito da própria organização do sistema e de seus direitos, bem como a uma cultura difundida no Brasil de que o que é público ou estatal não presta.

<https://saudenodf.com.br/2023/09/04/ideias-falsas-e-propostas-mirabolantes-sobre-a-organizacao-de-servicos-de-saude/>

- **Gestão bem sucedida em saúde: por que alguns sim e outros não?**

Há alguns anos atrás produzi uma tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, no Rio de Janeiro, na qual analisei os fatores de êxito de experiências de Saúde da Família no Brasil (SF), a partir de seis estudos de caso, considerados então como bem sucedidos. Esta iniciativa, que na época ainda não tinha completado 10 anos de existência, como toda política social, situava-se em um movimentado cruzamento de princípios e estratégias operacionais, com frequentes contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. Mesmo hoje, decorridas mais de duas décadas, creio ser possível estender minhas conclusões no sentido de responder à questão colocada no título deste artigo: o que faz, de fato, algumas experiências de gestão em saúde serem bem sucedidas, ao contrário de outras, que não chegam a alcançar tal status?

Assim trago aqui algumas conclusões e desdobramentos do processo de análise desenvolvido em minha tese (ver link ao final). No meu trabalho de campo, busquei analisar o processo de implementação da SF no País, observando as relações entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. Já então eu percebia que a SF surgira no âmbito de um conflito entre a normatização dura, realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevalecem a flexibilidade e as inovações de caráter local, tendo como denominadores comuns alguns tópicos, a saber: (a) práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; (b) processos de trabalho caracterizados pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; (c) atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; (d) desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre a clientela e os prestadores de serviços.

Foram analisados em meu trabalho de campo os processos de formulação e de implementação de diferentes casos de PSF, a saber: o programa nacional brasileiro e os programas desenvolvidos em Contagem, Curitiba, Ibiá, Niterói, Vitória da Conquista e mais duas

experiências pioneiras do Sul do País (Grupo Conceição e Murialdo) e nestes procurei detectar alguns fios condutores que perpassariam tal conjunto de casos, tais como as características geopolíticas; o modo de inserção no sistema de saúde; o contexto político; os conteúdos técnicos e ideológicos; os atores sociais influenciadores; a dinâmica dos processos de implantação; a cultura institucional, dentro de uma ótica de fatores facilitadores, obstáculos e lições.

Alguns indicativos de implementação bem-sucedida foram inferidos, entre eles: (a) capacidade de tomada de decisões, dada por liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, qualificação técnica e continuidade; (b) qualificação das equipes técnicas, traduzida por acesso a conhecimentos, tradição de discussões, base ideológica, empreendedorismo associado a militância; (c) boas práticas sociais que se traduzem por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública; (d) articulação externa, ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário; (e) investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas; (f) desenvolvimento de inovações gerenciais ou assistenciais; (g) sustentabilidade em termos financeiros, de estrutura e de processos, mas também nos planos culturais, simbólicos e políticos; (h) efeito espelho: difusão entre pares e outros interlocutores externos, mediante uma pedagogia do exemplo.

Sem dúvida, foram experiências realizadas em ambientes em que as condições de gestão do SUS já se encontram amadurecidas (na ocasião explicitadas pelo alcance da chamada Gestão Plena 96 e que, além do mais, mostravam práticas de assistência e gestão de perfil mais avançado, configurando uma gama ampliada de responsabilidades: individuais e coletivas; preventivas e curativas; técnicas e políticas; locais e regionais; imediatas e remotas. Além disso, acumulavam evidências de que resultam de um somatório de práticas inovadoras e bem-sucedidas de assistência e gestão, não só no campo restrito e específico da saúde, mas também em outras áreas de governo; e, mais ainda, que esse cenário de práticas está inserido em um ambiente onde predominam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança. Observou-se, também, que tais experiências articulavam-se a amplas redes de contatos externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário, desfrutando, assim, de ampla visibilidade externa, graças não só à rede de contatos referida, como ao esforço local de envolvimento no cenário nacional das discussões e da produção científica relativas ao sistema de saúde. Nelas despontam frequentemente lideranças jovens, altamente

articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e mesmo voluntaristas, em sentido positivo, além de serem militantes partidários assumidamente imbuídos de ideologia política. Sua atuação era, sem dúvida, subsidiada pelos conteúdos essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, sem impedimento de que já despontem no horizonte tendências de incorporação de uma nova pauta de discussões envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, além de outros temas. Além disso, faziam-se portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, fazendo do mesmo um instrumento de proselitismo político que nem sempre corresponde à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas, particularmente no campo da Saúde da Família, embora o cumprimento formal dos dispositivos do SUS referentes à participação e controle social constituísse regra geral. Apesar de tudo, predominavam nas comunidades de usuários da SF, relativas posturas de “gratidão” e reconhecimento em relação ao que já tinha sido alcançado e de manutenção das conquistas, mas não necessariamente reivindicações proativas para a implantação ou para a reformulação dos conteúdos dos programas oferecidos.

Em um sentido geral, percebeu-se que melhores Programas de Saúde da Família, como de resto práticas de políticas e serviços sociais mais qualificadas, correspondiam àqueles municípios onde a sociedade se encontrava melhor organizada nas suas entidades representativas, seja no plano político geral ou em relação a temas e setores específicos, como, por exemplo, moradores, portadores de patologias e outros grupos de interesse – configurando o que se denominou de comunidade cívica e capital social. Além disso, mesmo as experiências que se propuseram a um caráter substitutivo mais radical em relação ao modelo de assistência tradicional, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência de elementos tradicionais no padrão da atenção e a competição destes, com os novos dispositivos implantados, neutralizando-os ou enfraquecendo-os.

Tais experiências tiveram, ainda, como característica marcante o fato de representarem um efeito “espelho”, ou seja, de se converterem em pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada. Mostravam também como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os executivos públicos da saúde. Alguns obstáculos puderam ser notados, como questões ligadas ao baixo financiamento, à precária capacidade de referência especializada, além de fatores culturais e relativos aos recursos humanos, muitas vezes escapando ou

ultrapassando a governabilidade local. A questão médica continuava a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas. Ainda dentro deste aspecto, ausências notáveis relativas à cooperação técnica aos municípios, puderam ser notadas, como nos casos das instituições de ensino superior na área da saúde e das Secretarias de Saúde estaduais.

Revelaram-se, assim, certas áreas de sombra, algumas desveladas, outras não, que denunciam a necessidade de avanço em relação a muitos dos desafios ainda enfrentados pela Estratégia de SF, citando-se, como exemplos, a abordagem da questão cultural, o desenvolvimento de processos de avaliação de impacto, a articulação com a sociedade, o desenvolvimento de protocolos assistenciais, entre outros.

Como decorrência imediata da síntese procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, colocou-se a questão: que lições (“boas práticas”) foi possível apreender nestas experiências? A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Acredito que isso tem ainda hoje implicações na boa gestão em saúde, não só na área exclusiva da Atenção Básica como nas demais vertentes. (a) Boa condução é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade. (b) A boa condução teria pouco a oferecer se não contasse com boas equipes técnicas, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da liderança, organização e inserção em entidades representativas. (c) Boas práticas sociais também possuem um lugar de destaque, traduzidas: por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde; bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas. (d) Como decorrência, a presença de um bom governo, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública. (e) Boa articulação externa ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo. (f) Boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos

regimes de práticas. (g) Desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras novidades, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão. (h) Busca decidida da sustentabilidade das práticas desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão. (i) Efeito espelho: articulação e da difusão da experiência local entre interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

<https://saudenodf.com.br/2023/07/10/gestao-bem-sucedida-em-saude-por-que-alguns-sim-e-outros-nao/>

- **17ª. Conferência Nacional de Saúde: foi bonita a festa, pá!**

Foi realizada aqui em Brasília a Conferência Nacional de Saúde. A décima sétima, aliás, algo que definitivamente não é pouca coisa, em um país em que a mortalidade das instituições (principalmente daquelas que são realmente úteis e significativas) costuma ser alta e precoce. Mas esta aí sobrevive à sanha destruidora nacional. E eu lá estive presente – em posição bastante honrosa, aliás, como membro da comissão de relatoria. É sobre ela, a Conferência Nacional de Saúde, que passo a falar agora.

Para início de conversa, quero justificar a palavra “festa” no título acima. Longe de desqualificar, quero dar ao evento um status que a meu ver é justo e honroso. O problema talvez esteja em querer dar a ela o estatuto de instância essencial na definição das políticas de saúde no Brasil. Alto lá, vamos devagar... Devo dizer também que provavelmente eu fosse um dos poucos que também esteve presente, delegado que fui, no evento correspondente de 1986, a Oitava Conferência. Nela, aliás, foram efetivamente lançadas as bases do SUS, para dizer pouco. Fica assim registrado, portanto, um ponto de valor para esta Conferência, como momento de encontro entre pessoas de uma geração jovem, ou, pelo menos, bem mais jovem que a minha. Em ambientes assim, fique claro, o arejamento e a circulação de ideias inovadoras tendem a ser a regra.

E realmente foi bonita a festa! Alguns milhares de gentes se acotovelavam nos grandes espaços do CICB. E havia de tudo ali: cadeirantes e outros portadores de necessidades especiais; indígenas (de variadas características étnicas, por sinal, alguns até de olhos azuis); mães e pais de santo, orgulhosos de sua condição de praticantes de religiões de matriz africana; ciganos e outros representantes de minorias; profissionais de saúde da vertente oficial-formal e das diversas práticas complementares; gente de terno e gravata ao lado de

outros portadores de cocares e vestimentas coloridas; representantes de movimentos identitários, portando xales e vestes com as cores do arco íris, além de muitos outros, de cuja real extração profissional, étnica, afetiva ou regional só se poderia dar conta quando eventualmente eles se apresentavam nas plenárias ou grupos de trabalho.

Para falar a verdade, em alguns momentos me passou um fio de decepção na espinha: quando toda aquela gente cheia de generosas ideias se via obrigada a penosas sessões de cômputo de votos contra, a favor ou de abstenção em relação às centenas de propostas colocadas em discussão. Achei aquilo parecido com o que se vê nas olimpíadas, quando artistas da dança e da ginástica veem suas performances serem submetidas a notas, a números, emanadas por uma comissão de juízes, a maioria dos quais, aliás, seria totalmente incapaz de realizar qualquer das tarefas realizadas por aqueles que estão sob julgamento. E a minha preocupação é simples: ao quantificar performances ou adesões a ideias, ainda mais em ambientes de competição e disputa por primazia, o nobre e verdadeiro espírito, seja da arte ou da participação social, se dilui e talvez até fique perdido. Mas toda aquela festa terá valido a pena? Penso que sim, mas como o que está bem posto pode melhorar, vamos a algumas ideias.

A questão da paridade, por exemplo, ditada pela lei 8142, que determina igual representação entre representantes institucionais e movimentos sociais é um ponto questionável, Isso poderia até ser razoável no âmbito dos conselhos de saúde, mas não faz o mínimo sentido numa conferência, pois acarreta um limite à participação cidadã, pois se tivermos, digamos, algumas centenas de usuários ou cidadãos dispostos a participar, teremos que conseguir outro tanto de representantes de gestores, sindicatos, prestadores. E mesmo assim se vê trabalhadores de saúde e outros membros de instituições trafegando nos dois lados da mesa. Conferências de saúde deveriam ser abertas a quem queira delas participar. E ponto.

O poder deliberativo, que a mesma lei 8142 atribui às conferências e aos conselhos é outro ponto questionável, para dizer pouco. Nos regimes democráticos tal poder está, na verdade, distribuído entre as instâncias do Executivo, do Legislativo e do Judiciário. Conselhos e conferências não constituem um “quarto poder”. Dar esta atribuição aos organismos de participação social existentes é, com o perdão da má palavra, iludir os participantes a respeito de suas verdadeiras (e limitadas) responsabilidades.

Ah, as palavras de ordem! Elas são o alimento da militância, mas é preciso superá-las em troca de afirmativas mais concretas e objetivas, sintonizadas com cada momento político e institucional, além de relacionadas à governabilidade real do sistema de saúde. É bom lembrar que Democracia não é só uma questão de palavras de ordem, que acabam valendo pelos decibéis que produzem ou pela

arregimentação de grupos que provocam. A palavra Democracia, tantas vezes repetida nas diversas conferências de saúde é atributo essencial, mas não só na saúde como em outras áreas (educação, segurança pública, meio ambiente, direitos de minorias etc). O problema é que nem sempre os regimes democráticos possuem os melhores sistemas de saúde – e vice versa...

Pego um exemplo do relatório da conferência anterior, a décima sexta, de 2018, mas casos semelhantes poderão ser encontrados também na presente. Lá se lembra que *que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido* e que isso seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania e que nos casos suspeitos de tanto seja feito um *referendum popular revogatório*, sendo citadas aí a EC 86, a EC 95, a “contrarreforma trabalhista”, as terceirizações e até mesmo a e a “entrega do pré-sal”. Tudo bem, o direito à livre expressão está garantido, mas além de sua vacuidade, governabilidade zero e perda de foco, isso apenas repisa e disposições de alcance de áreas fora da saúde, quando não já presentes nas leis do país. Parece mais uma árvore com variados jabutis em seus galhos, sabe-se lá como chegaram lá...

Que tal se as conferências se detivessem, por exemplo, sobre temas como: garantia de atendimento em tempo hábil, acessibilidade nas unidades, direito à informação compreensível, cartas de direitos de pacientes, identificação e explicitação de horários e atividades de equipes de saúde, dinamização das ouvidorias, garantia de regulação nos encaminhamentos, qualidade dos ambientes dos serviços, desenvolvimento da participação local, uso de tecnologias de informação na saúde e outros temas mais próximos ao objeto da conferência e com atuação viável por parte das instituições de saúde? E que além disso avaliassem o andamento das políticas públicas pertinentes ao setor? Seria pedir demais?

Não tenho nada contra ativismo e militância, são raízes e também frutos da verdadeira Democracia, sem dúvida. Aliás, se há uma coisa de que nós, da saúde, não podemos nos queixar é da falta de militância em nossas fileiras. Mas nem tudo é tão racional neste terreno, como, por exemplo, a tendência a uma lógica que divide o mundo em pedaços e, a partir daí, confunde o mundo, em sua totalidade, com cada pedacinho que se cria a partir dele. Tal lógica, também, não costuma admitir meios-termos, funcionando muito na base do preto no branco e do oito ou oitenta. Não se costuma atentar, ainda, para aquele “outro lado” que existe em quase tudo que seja obra humana. Aliás, história, para os militantes típicos, é algo que deve ser considerado apenas se mostrar argumentos favoráveis àquilo pelo que se milita; caso contrário, passa por mero produto de manipulação de militantes contrários ou, de forma mais genérica, deles, “dos homens” – espécie de entidade mítica demonizada no mundo militante.

Fato concreto é que quem carrega uma conferência são os militantes. E são eles mesmos que se esfalfam nos debates das madrugadas, quando os demais cidadãos já foram para casa dormir (para acordar cedo e bater ponto em alguma empresa ou repartição), em votar, virgula por vírgula, as teses e palavras de ordem grandiloquentes que fazem parte obrigatória dos relatórios das conferências de saúde – que ninguém mais lerá.

Para não me alongar mais, destaco algumas tendências preocupantes no cenário da participação social tal como é praticada no Brasil, seja nos conselhos ou nas conferências: (a) Autonomização, levantando a expectativa social de que em tais instâncias residiria, de fato e de direito, um quarto poder; (b) Plenarização, mediante a transformação dos conselhos e conferências de saúde em meros fóruns de debates entre os diversos segmentos sociais, nem sempre com a participação do Estado, o qual, aliás, por definição normativa (e não propriamente legal), é fortemente minoritário; (c) Parlamentarização, com formação de blocos ideológicos e partidários e tomadas de decisão por votação, não por consenso (aliás, a tal da paridade só reforça isso); (d) Profissionalização, dadas as fortes exigências da participação social, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros profissionais da participação; (e) Autorregulação, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde. Diante de tudo isso, mesmo assim renovo minha esperança nos processos participativos. Rejeito a expressão “controle social”, amarrados anacronicamente pela lei 8142, pois os conselhos e conferências apenas fazem parte de uma cadeia bem mais ampla de responsabilidades.

Finalizando, penso que é preciso começar a pensar de novo os mecanismos de participação social na saúde do Brasil, não a partir de crenças não comprovadas ou de pensamentos desejosos, mas sim de experiências de fato bem sucedidas, vigentes aqui mesmo e em outros países do mundo. Já escrevi algumas vezes sobre isso e o link abaixo mostra algumas ideias minhas sobre o assunto. De fato, precisamos sair do “mais do mesmo” ou de certos “jogos de soma zero”, que me parecem ser expressões apropriadas para descrever tais fenômenos.

Mas foi de fato linda esta festa, da qual tive o privilégio de participar, sendo ela marca de novos tempos no Brasil, mas creio que o formalismo quantitativista não cabe nela. O que importa é mostrar o que anda na cabeça das pessoas, principalmente dos múltiplos interessados nas questões de saúde existentes na sociedade, mas não necessariamente ligados a associações e instituições formais. E que o Relatório Final mostre toda a gama de desejos e necessidades que afloram nessas ocasiões, sem levá-los a algum paroxismo numérico. Não seria isso ou aquilo que interessa de fato à saúde, mas sim uma abertura permanente para isso, aquilo e o que mais pulsar e vier. E não basta ser apenas festa; tem que ter consequências!

<https://saudenodf.com.br/2023/07/05/17a-conferencia-nacional-de-saude-foi-bonita-a-festa-pa/>

- **O SUS entre o triunfalismo e o negacionismo**

Pobre SUS: alguns o ameaçam e o desacreditam como podem. Outros conferem a ele um caráter mítico, capaz de fazê-lo triunfar pelos seus méritos absolutos e inquestionáveis, como se o mesmo não tivesse problemas de sobra e como se os seus *negacionistas* não tivessem a força (e os argumentos) que realmente possuem e viessem a ser derrotados apenas pela luminosidade da *verdade*. Aquela verdade em que os tais *triumfalistas* acreditam, é bom lembrar. Exemplificando: li por estes dias (ver link) a entrevista de Tulio Franco, docente da UFF e emérito sanitaria ligado ao *main-stream* da esquerda sanitária nacional (não vai aí nenhum demérito). Disse ele a respeito das investidas do Centrão para a substituição da Ministra da Saúde Nisa Trindade: “Não senti uma ameaça por dois motivos: tem um novo sujeito coletivo em cena, que é o movimento social da saúde, de base social e ampla que a do sanitarismo tradicional e que inclui movimentos sociais de origens diversas e até externos à Saúde. Pela sua multiplicidade e base nacional, e por ter sido formado no período recente de luta pela reconstrução do país, é muito forte. Está ativo e vigilante, o que é percebido pelos atores políticos”. E prossegue: “Vencemos a eleição, participamos da transição, comemoramos a indicação da ministra Nísia e estamos em várias estruturas de participação social do governo. Isso também legitima o movimento e o ministério da forma como está constituído, sob forte compromisso com a construção do SUS e da democracia. Tudo isso forma uma base social forte e sólida, que protege a Saúde contra os arroubos fisiológicos”. Mas não é só ele. Sônia Fleury e Luiz Antônio Neves, dois sanitaristas do Rio de Janeiro, ligados à mesma corrente pró-SUS a que eu chamaria de *triumfalista*, em alto e bom som sobre o mesmo assunto afirmaram: “a sociedade já está mobilizada em apoio ao SUS e à gestão da Nísia Trindade no ministério da Saúde, e em defesa da democracia que vai muito além do sistema eleitoral e partidário, pois se concretiza no modo de vida cotidiano [...] falta ainda [ao novo governo] o entendimento de que a saída do círculo de giz, no qual as forças reacionárias e conservadoras pretendem imobilizá-lo, encontra-se justamente na mobilização da sociedade que lhe assegura governabilidade”. Melhor do que isso só se fosse, se não a verdade pura, pelo menos ideias marcadas pelas evidências. Mas não o são... E digo os *por-quês* a seguir.

Já falei disso aqui antes, identificando o tal fenômeno triunfalista como *dialética do exagero*, que é mais ou menos a mesma situação daquela mãe que adverte que seu filho de que ele *vai quebrar o pescoço* se não descer do muro – mesmo que tal muro não tenha mais do meio metro de altura – na mais melhor e mais nobre das intenções, claro. Mas o fato é que devemos nos acautelar também para que tais arroubos de argumentação não venham turvar também a defesa de

causas justas, por exemplo, a defesa do SUS que nós, pessoas realmente *do bem*, costumamos praticar. Penso que a melhor defesa que podemos fazer de alguma coisa em que acreditamos é argumentar com a verdade, sem exageros. Penso realmente que a defesa do SUS, ou especificamente da permanência da Ministra da Saúde, que eu também defendo com total radicalidade (assim como repudio o Centrão e suas práticas da mesma forma), requer exatidão e fidelidade à realidade.

Assim, não custa questionar: onde estas pessoas estão enxergando “um sujeito coletivo em cena”, a força potencial de uma “mobilização da sociedade que se concretiza no modo de vida cotidiano”, a relação entre tal mobilização e a governabilidade e que “ter vencido as eleições”, independentemente dos outros atores que também as “venceram” garanta alguma coisa, em termos da permanência da Ministra ou mesmo da possível sustentabilidade do SUS.

Vamos com calma e mais senso de realidade, pessoal! Tanta euforia pode fazer com que seus torpedos caiam n’água. O descrédito de tais argumentos militantes pode ser ainda pior do que a desinformação geral. É preciso cuidar para se cair nas armadilhas de tal *pensamento desejoso* ou de uma *dialética do exagero*.

Tudo bem, separemos as coisas: incidir em tais erros ainda é radicalmente diferente – e muito menos danoso – do que a propagação mal intencionada e mesmo criminosa de notícias falsas que a horda bolsonarista praticou e ainda pratica à luz do dia e ainda chama de *liberdade de opinião*.

Mas para os militantes do SUS, que em princípio são partidários de uma causa nobre, é preciso uma dose extra de coerência. No caso presente, a tal mobilização de sujeitos coletivos que ganharam as eleições é algo ainda a ser conquistado. Pior ainda: a esquerda progressista não ganhou, de fato, as tais eleições; apenas conseguiu, a duras penas e por pequena minoria, afastar, não se sabe até quando, o germe fascista. A luta está apenas começando...

<https://saudenodf.com.br/2023/06/21/o-sus-entre-o-triunfalismo-e-o-negacionismo/>

- **Participação Comunitária Integrativa: Uma proposta para “Fazer Diferente”**

Flavio Goulart e Maria Henriqueta Camarotti

O processo de participação social em saúde no Brasil é uma construção inacabada e ainda um tanto frágil, particularmente em relação à sua aplicação no nível local dos serviços. Sendo assim, o arejamento e a ampliação das discussões sobre a mesma constituem tarefas essenciais para aqueles que se dedicam a buscar soluções para a construção e o

aperfeiçoamento de nosso sistema saúde, sem deixar de reconhecer que o país tem história acumulada nesta área.

Além disso, o momento atual do SUS traz grandes preocupações quanto a seu futuro, construção inacabada que ele ainda é, diante das posturas de um governo avesso ao bem-estar social e à democratização. Sua estrutura jurídica, além do mais, foi concebida décadas atrás, com marcantes diferenças epidemiológicas, demográficas, culturais, tecnológicas e políticas em relação aos tempos atuais.

Assim, a participação social na área da saúde, da forma como explicitada na Lei 8142/90, tem especificidades marcantes, supostamente democratizadoras – em que pesem algumas controvérsias – e que denotariam o avanço da saúde em relação a outras áreas de governo. Mas, se há avanços, há também dilemas não resolvidos, que redundam na promoção de falsas expectativas nos participantes, relativas a um suposto poder efetivo e autônomo de decidir sobre a política de saúde, que não pertence só a eles, mas a uma cadeia mais ampla que associa órgãos do Executivo, do Legislativo e do Judiciário, sendo, portanto, um processo multidimensional tanto na sua essência como na sua prática.

Algumas tendências podem ser percebidas e questionadas no cenário atual da participação social, no Brasil, a saber: (a) a autonomização, levantando a expectativa social de que nos conselhos de saúde residiria, de fato e de direito, um quarto poder; (b) a plenarização, mediante a transformação de tais instâncias em meros fóruns de debates entre os diversos segmentos sociais, nem sempre com a participação do Estado, o qual, aliás, seja por definição legal ou afastamento voluntário, restou minoritário ou ausente no processo participativo real; (c) a parlamentarização, com formação de blocos ideológicos e partidários dentro dos conselhos e conferências, com as consequentes tomadas de decisão por votação, não por consenso. (d) a profissionalização e a institucionalização da função de participante, dadas as fortes exigências inerentes a tal processo, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros profissionais da participação, afastando outros interessados portadores de demandas, mas não de representação institucional; (e) a autorregulação, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde, despertando algumas vezes questionamentos jurídicos reiterados.

Associe-se a tais fatores o gap de desenvolvimento que se observa entre a participação burocrático-legal, nos termos da lei 8.142, com seus conselhos e conferências municipais, estaduais ou nacional, versus a prática relativamente escassa e débil, inclusive em termos conceituais, de alternativas de participação local.

Assim, por exemplo, quando se fala em autonomia, paridade e poder deliberativo, dispositivos compulsórios nos regramentos legais ou

burocráticos dos conselhos, percebe-se uma marcante distância entre intenções (desejantes) e práticas (concretas) dos instrumentos vigentes, o que sem dúvida prejudica a efetiva participação. Sem falar de sua real aplicabilidade ao nível local dos serviços.

Sem dúvida caberia aos conselhos, de acordo com as leis e suas regras internas, formular, mobilizar, fiscalizar, autorregular-se, discutir, opinar, propor uma visão estratégica, o que nem sempre é ponto pacífico entre as interpretações ideológicas e jurídicas. Entretanto, seria possível acreditar em ações políticas alternativas, em ambientes que contenham menos competição partidária, ideológica e conspiratória, em troca da construção solidária do bem comum, a partir de uma base real de necessidades e interesses diretos dos cidadãos.

A participação social não é uma panaceia: esta é uma lição a ser sempre lembrada. Ao contrário, representa um processo oneroso para o cidadão comum, que costuma ser apropriada e mantida por determinados grupos sociais, como funcionários públicos, letrados, pessoas mais velhas, homens, militantes políticos. É preciso sempre cuidar de aperfeiçoá-la e ampliar seus mecanismos.

É sobre a ampliação da participação social em saúde até outros atores e segmentos diferentes dos já habitualmente contemplados e mais particularmente àqueles presentes no ambiente local dos serviços que este trabalho se debruça.

Em suma, a proposta de micro participação que aqui é trazida representa o exercício de uma participação capilarizada no âmbito de serviços ou unidades de saúde, mais do que no âmbito municipal ou de outra esfera de governo. Sobre tal modalidade a literatura brasileira é escassa, embora existam muitas lições trazidas pelas experiências de fora do país.

Torna-se preciso, acima de tudo, dar voz aos interessados, mais do que apenas a militantes e representantes formais de instituições, cuja legitimidade e representatividade muitas vezes se questiona. Neste aspecto, o verdadeiro dilema do poder deliberativo, tal como se vê na lei 8.142, deve ser superado, de modo a transformar o processo participativo em iniciativa realmente abrangente e gerada na base da sociedade, evitando iludir os participantes a respeito das efetivas consequências e alcance de sua adesão ao processo.

Entre as ferramentas adequadas à construção e ao aperfeiçoamento da participação social em saúde, de modo a atenuar algumas de suas limitações operacionais e conceituais expostas acima, e a aplicação de tal micro participação, estaria a Terapia Comunitária Integrativa, tecnologia social concebida com objetivo diferente, mas cujos recursos metodológicos possuem sintonia com o processo participativo, na medida em que apresenta como focos de ação: (1) o foco no trabalho em

grupo, na busca conjunta de soluções dos problemas do cotidiano (“onde existe problema, reside também a solução”); (2) o incentivo à promoção gradual de uma consciência social em relação à origem e às implicações sociais da pobreza, do sofrimento e da fragmentação sociocultural, fomentando a descoberta de potencialidades transformadoras nas pessoas e comunidades; (3) o componente de promoção da saúde, associando elementos culturais e sociais ativos nas comunidades, ou seja, profissionais de saúde e usuários dos serviços.

- Sobre a Terapia Comunitária Integrativa

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI), criada e desenvolvida pelo psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto, em 1987, representa um espaço coletivo que se

abre para a fala e a ausculta das pessoas, tendo como pontos de partida suas histórias de vida. Essa tecnologia social, realizada sempre em grupo, possibilita um novo olhar para si mesmo e para o entorno, facultando-lhe também a oportunidade de falarem sobre suas histórias de vida, de dor e de conflitos, de forma horizontal e circular.

A TCI representa também um compartilhamento de experiências de vida e de saberes, abrindo espaço para a responsabilização solidária na busca de superação e solução de problemas cotidianos, individuais ou coletivos. Como desdobramentos vislumbram-se: suporte e apoio grupal e/ou comunitário; abertura de espaços de fala sobre sofrimentos e possibilidades superação dos mesmos; resgate de autoestima; suporte para a prática de mudanças existenciais, além da promoção da saúde inserida na atenção primária em saúde, com incentivo a usar a criatividade das pessoas aproveitando os recursos da própria cultura.

Essa tecnologia social também abre portas para a agregação de conhecimento científico ao saber popular. Ela vem demonstrando, ao longo dos anos e através de experiências diversas, no Brasil e no exterior, marcante eficácia na promoção de autoestima, na prevenção do adoecimento, bem como no resgate de vínculos afetivos, solidários e comunitários, como potente instrumento facilitador de agregação, mobilização e inclusão social.

Como associar essas duas tecnologias, uma com propósitos terapêuticos e construção de vínculos solidários e outra voltada para a participação? Convergência evidente em ambas é o fato de representarem processos realizados de forma grupal, o que, sem dúvida, já seria um começo para entender uma possível aproximação operacional entre as duas. De toda forma, o grande empréstimo que a Terapia Comunitária pode fazer à Participação Social em Saúde talvez seja seu método de trabalho, que parte do princípio de que toda pessoa, independentemente de sua condição econômica ou cultural, mesmo desconhecendo seu potencial, possui recursos e saberes que podem ser

úteis aos demais. São competências marcantes, que se originam diretamente das dificuldades que as pessoas conseguem superar ao longo de suas vidas e do acervo de recursos culturais de que podem lançar mão. Sob tais bases, o compartilhamento de informações e práticas vai ocorrer de forma horizontal e circular, uma vez que se valoriza não propriamente as diferenças de status econômico ou educacional, mas a variedade, em si, das experiências de vida – o que sem dúvida nivela os participantes em um mesmo patamar.

Assim, a utilização do método da TCI nas práticas participativas se aplicaria, diretamente, à participação local, no nível direto dos serviços de saúde, pela importância a que neste nível chegam questões reais vividas pelas comunidades adjacentes. Daí decorre também a possibilidade de que se resgate e se destaque um elemento que muitas vezes falta à prática dos conselhos formais de saúde, em níveis de bairro, cidade ou estado: a presença de pessoas verdadeiramente interessadas em determinada questão, pais ou responsáveis por filhos problemáticos ou de adolescentes em conflito com a lei, deficientes e portadores de patologias específicas, por exemplo, que de outra forma teriam menos chances de acesso a instâncias participativas ou mesmo de apoio social.

A metodologia da TCI parte de uma ausculta bem mais real do sofrimento enfrentado pelas comunidades, possibilita acolher conflitos, sentimentos, emoções, vivências reais daquele grupo, muitas vezes invisíveis as políticas públicas, inclusive não só de doenças diagnosticáveis, mas sim de dificuldades pessoais e comunitários geradores de sofrimentos, se tornando causas de adoecimentos futuros. Por exemplo, mães com filhos nas drogas, maridos dependentes de álcool, violência doméstica, violência urbana, etc. Isso representaria a verdadeira promoção à saúde, perceber o sofrimento ainda em nível de sua raiz pessoal e coletiva. De fato, as sessões (Rodas) da TCI facilitam verdadeira

capilaridade ao processo participativo, ao penetrar nos recônditos das questões reais vividas pelas pessoas em suas comunidades. Isso é bem diferente de lideranças ou militantes formais e burocráticos das organizações que constituem a base dos conselhos de saúde, até mesmo por força de lei.

O que a TCI pode trazer, concretamente, ao cenário da participação em saúde é o seu método de trabalho, no qual se destacam os atributos de um terapeuta comunitário, que aqui pode ser denominado de facilitador. Note-se que a Lei 8142 dificilmente se adaptaria à participação em nível local de serviços de saúde e que as atribuições de um agente de facilitação, como o aqui proposto, nem mesmo são consideradas, como se a tal deliberação caísse do céu como uma dádiva.

Os atributos de facilitação na TCI são os seguintes: (1) papel catalisador: aceleração, mediação e regência em relação ao trabalho de grupo, traduzido também por acolhimento, questionamentos, clarificação, promoção de aprofundamento e debate; (2) práticas de horizontalidade, circularidade, diluição de poder, compartilhamento; (3) gestão de regras compartilhadas: silêncio, respeito ao outro, utilização da 1ª pessoa, não aconselhamento, julgamento, (4) acatamento e respeito à diversidade e à não existência de um “centro de saber”, traduzido pela frase: a riqueza está nas diferenças; (5) prática de uma ecologia do espírito: incentivo e aceitação de um diálogo incessante sobre todos os temas em debate pelo grupo. Isso, naturalmente, tem aplicação imediata aos processos de participação social dentro dessa nova ótica.

- Uma proposta para mudar o foco da Participação Social em Saúde

Dito isso, como operacionalizar as contribuições da Terapia Comunitária Integrativa na participação social em saúde? Como associar a micro participação (local, em nível de serviços de saúde) e a prática da TCI? Quando a isso, alguns passos podem ser sugeridos

Para essa prática utilizaremos o termo participação comunitária integrativa (PCI), como um processo que alia princípios de participação social em nível micro com a essência da TCI, integrando individual e comunitário; terapêutico e ação política; identificação do sofrimento e busca de soluções; sofrimento pessoal e determinação socioeconômica. Aqui se aplicaria diretamente o enfoque de saúde em todas as políticas, como proposto pela OMS, com definição gradual de prioridades e focos, respeitando o timing e a capacidade de compreensão dos participantes.

Na práxis de tal método de trabalho é preciso, primeiramente, exercer uma condução revestida de flexibilidade, na busca do interesse real dos participantes comunitários, sem cair nas malhas formais do poder deliberativo e paridade. O desencadeamento do processo deve acontecer sob a forma de sessões abertas, não como conselhos restritos e regulados inflexivelmente. Ainda em termos da condução, deve-se contar com a qualificação das pessoas envolvidas com relação a atribuições de mobilização, facilitação, documentação e assessoria técnica. Por último, mas não menos importante, zelar pela produção compulsória e mediante responsabilização definida formalmente de documentos que explicitem os resultados do processo, a serem divulgados de forma acessível, seja como memória impressa, notas na internet, folders, apresentações orais e outros.

Desta forma, é aqui proposta uma dinâmica de participação comunitária integrativa (PCI) através de um projeto piloto a ser realizado em um município(s) brasileiro(s), com apoio do Conselho Nacional de Saúde, através do qual a metodologia será aperfeiçoada na medida em que a experiência for amadurecendo.

Além das sessões ordinárias e programadas devem se incluir, também, havendo necessidade, rodas temáticas para apurar alguns temas recorrentes, seja aqueles relacionados à gestão das unidades de saúde, aos problemas sociais que afligem a comunidade, às doenças e situações de sofrimento em geral. Neste campo, podem ser utilizados os referenciais oriundos das propostas de pesquisa-ação existentes no cenário e também metodologia de práticas reflexivas de Paulo Freire.

Que fique claro, também, que as práticas de PCI sejam regadas pela obrigatória interação entre as instâncias locais de saúde, as pessoas e os demais serviços e instâncias da própria comunidade.

Referências Bibliográficas

1. BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR. 2008.
2. BARRETO, A. Terapia Comunitária: construindo redes de solidariedade. The Oaxaca Book. Pg140-141. 2010.
3. CAMAROTTI, M.H., FREIRE, T.C.G.P. e BARRETO, A. Terapia Comunitária Integrativa sem fronteiras. Brasília: MismecDF. 2011.
4. CAMAROTTI, M.H.; MELO, D. A.; SOUZA, S.M.C.; MELO, R. e BASTOS, H. Levantamento das informações advindas da formação da Terapia Comunitária Integrativa realizada pelo MismecDF no período 2001 a 2010. In: Temas em Educação e Saúde. Pg 33-68. v.8. Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência – CENPE.. 2012.
5. CAMAROTTI, M.H.; FREIRE, T. e BARRETO, A. A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental. Brasília : Editora Kiron. 2013. https://www.amazon.com.br/TERAPIA-COMUNIT%C3%81RIA-INTEGRATIVA-CUIDADO-MENTAL-ebook/dp/B09ZQ31LS2/ref=sr_1_5?__mk_pt_BR=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=5BC4UQDAYJ3F&keywords=Mar%C3%89a+Henriqueta+Camarotti&qid=1652101111&srefix=maria+henriqueta+camarotti%20Caps%20231&sr=8-5
6. CAMAROTTI, M.H. Terapia Comunitária: trabajando la salud em espacios públicos. The Oaxaca Book. 2010.pg 142-143.
7. CAMAROTTI, M.H. e GOMES, D.O. Terapia Comunitária: a circularidade nas relações sociais. In: OSORIO, L.C. e VALLE, M.E.P. Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed. 2014.
8. GOULART, F. Terapia Comunitária Integrativa e Estratégia de Saúde da Família: práticas convergentes. In: CAMAROTTI, M.H.;

FREIRE, T.C.G.P. e BARRETO, A. Terapia Comunitária sem Fronteiras. Pg. 337-362. Brasília: MismecDF. 2011.

9. GOULART, F. Dilemas da Participação Social em Saúde no Brasil. Saúde em Debate V.34, N.84 - jan./mar. 2010.

10. GRANDESSO, M. Aplicabilidad de la Terapia Comunitária – dialogo entre diferentes contextos. The Oaxaca Book. Pg 144-145. 2010.

11. HUGON, N. BRANCHEREAU, B. e VELASQUEZ, N. Community Therapy as a means to help alcoholic patients and their families to resume dialogue in a specialized nursing home for alcoholic inpatients. The Oaxaca Book. pg 54-59. 2010.

<https://saudenodf.com.br/2023/05/12/participacao-em-saude-e-preciso-chegar-de-fato-ao-nivel-local/>

- **Médicos no Brasil: quantos, onde, como e para qual finalidade?**

Quantos e quais médicos estão disponíveis no Brasil para atuar no sistema de saúde? E quantos serão nos próximos anos? O que mudou na formação e no trabalho médico no país? A maior oferta de profissionais na última década responde às demandas do SUS? Idem para as regiões desassistidas e as necessidades de saúde da população? E o caso do DF, como está em termos absolutos e comparativos com as outras unidades federativas do país? Estas e outras perguntas estão respondidas e analisadas no estudo Demografia Médica no Brasil (DMB 2023), originado, em 2011, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, agora em sua sexta edição, contando com parcerias diversas, entre as quais se incluem a Associação Médica Brasileira, a OPAS e outras entidades, tendo se tornado referência obrigatória sobre medicina no Brasil. E também pela utilização da palavra *demografia*, antes restrita à população em geral, transformada em variável importante na análise da distribuição de determinados grupos sociais e profissionais.

A necessidade de compreender a população de médicos no Brasil – numerosa, diversificada e em evolução – e sua implicação para o SUS determinaram o surgimento e a consolidação de tal assunto também como linha de pesquisa, incluindo aí o perfil, a evolução e a mobilidade populacional no tempo e no espaço da profissão, além de se ocupar da interação entre população, desenvolvimento econômico e força de trabalho. Aqui vai um resumo de tal estudo. As questões relativas ao DF serão abordadas em textos subsequentes, sempre aos sábados, como de costume neste blog.

Vai aqui um resumo dos dados levantados pelo estudo em foco

1. O número de médicos mais do que dobrou no Brasil em pouco mais de 20 anos e mesmo com uma eventual e hipotética suspensão da abertura de novos cursos de medicina, prevê-se um milhão de médicos em 2035.
2. A densidade de médicos por 1.000 habitantes aumentou no país (2,60 em 2023) mas prevalecem a concentração geográfica e a força de atração dos grandes centros, nas capitais até 6,13/1000 hab, no interior 1,84.
3. Nas cidades com menos de 50.000 habitantes, onde vive mais de 30% da população, estão presentes apenas 8% dos médicos, o que significa que a chamada “interiorização” de médicos está longe de ser realidade.
4. Forte disparidade na distribuição de médicos entre a rede do SUS e o setor privado e suplementar, com vantagem para este último, onde se atende menos de 30% da população.
5. Na oferta de consultas médicas verifica-se também desequilíbrio entre regiões geográficas e entre os setores público e privado. Quem dispõe de plano de saúde utiliza mais (3,3 consultas por pessoa/ano) do que aqueles que só têm acesso ao SUS (2,3 consultas per capita/ano).
6. A média de consultas realizadas por médico no Brasil anualmente (1.261) é bem menor do que em países da OCDE (2.122).
7. As mulheres formam maioria entre os novos registros de médicos e, conforme projeção da DMB, a partir de 2024, estarão em maior número na população total de médicos, mas a renda declarada das mulheres equivale a 64% do rendimento dos homens.
8. A média de idade na profissão tende a cair, estimando-se que 85% ou mais dos profissionais terão menos de 45 anos em 2035.
9. A graduação em medicina começa a registrar, ainda que com lentidão e atraso, maior diversidade social, tornando-se mais inclusiva para estudantes do ensino público, pretos e pardos, mudança que decorre principalmente das ações afirmativas de ingresso nas escolas médicas públicas.
10. O motor da expansão da oferta de médicos no Brasil foi a abertura de cursos de medicina privados, em favor de grupos empresariais da educação, provocando disputas de mercado, judicialização e conflitos regulatórios, movimento que não foi acompanhado pelo aperfeiçoamento de processos avaliativos da qualidade do ensino médico.
11. A Residência Médica (RM) envolve aproximadamente apenas 8% dos médicos do país. com estagnação da capacidade das instituições e programas de RM em admitir mais médicos residentes, também com fortes disparidades regionais. Apenas 12% dos residentes tem perspectiva de trabalhar majoritariamente no SUS depois de formados.
12. É preocupante o fato de que a força de trabalho cirúrgica no Brasil tem distribuição desigual, acarretando potencial

indisponibilidade de cirurgias em tempo adequado, impactando ainda as filas de procedimentos eletivos no SUS.

13. O rendimento de médicos, a partir de dados do IRPF, mostra renda média declarada maior do que a de outros 200 profissionais da saúde e de nível superior, e três vezes acima da média dos brasileiros com vencimentos tributáveis.
14. Tendo como pano de fundo a pandemia de Covid, a infecção pelo coronavírus e a redução da renda afetaram boa parte dos profissionais, mas ao mesmo tempo o telessaúde revelou potencial de uso em múltiplas situações.
15. Em síntese, o Brasil precisa de médicos para cuidar de toda a população, o que dependerá, em grande medida, da sustentabilidade e ampliação do SUS constitucional. Se perdurarem, o subfinanciamento público, o aumento dos gastos privados e a segmentação do sistema de saúde, irão determinar a atuação de grande parcela dos médicos.

<https://saudenodf.com.br/2023/02/13/medicos-no-brasil-quantos-onde-como-e-para-qual-finalidade/>

- **Parcerias público-privadas na saúde: confiar desconfiando**

Parcerias público-privadas no Brasil: assunto permanente na mídia e nas mesas de decisões do setor público, mas sempre causando alguma polêmica. Na saúde (e no DF), então, nem se fala... De minha parte, sou favorável a tais parcerias, mas ao mesmo tempo declaro-me partidário de um Estado competente e probo em contratá-las, fiscalizá-las e, se for o caso, denunciá-las e cancelá-las. E que seja, também, um Estado transparente e fiscalizável... O assunto vem à tona neste momento porque leio na mídia que está sendo promovido um grande mutirão de cirurgias realizadas em hospitais privados, mediante custeio provido pela SES-DF (ver link). Já foram atendidas mais de 3,2 mil pessoas nos últimos quatro meses, com procedimentos de hernioplastia, colecistectomia e histerectomia. Os recursos totais alocados estão na ordem de R\$ 20 milhões e sete hospitais privados do DF se associaram à iniciativa: Águas Claras, Anchieta, Daher, Hospital das Clínicas, HOME, São Francisco e São Mateus. Pode ser que nem todos sejam tão *santos* como alguns de seus nomes indicam, mas se estiverem sendo fiscalizados e acompanhados de forma honesta e competente, tudo bem. O atendimento inclui não só a intervenção cirúrgica, como também a internação e as consultas pré e pós-operatórias. Os hospitais recebem de acordo com o número de procedimentos realizados (aí mora um grande perigo!).

Vou comentar tal assunto, referente às parcerias público privadas em saúde, não pela primeira vez aqui no blog, mas agora tendo como foco um documento que uma entidade que congrega representantes da iniciativa privada em saúde no Brasil, o Instituto Coalizão Saúde

(ICOS), vem divulgando, no qual estão incluídas propostas de ampliação de tais parcerias entre o Poder Público e o setor privado em saúde.

A primeira constatação, digna de nota, é a de que neste caso uma representação da iniciativa privada toma a iniciativa de propor uma associação (ou que nome se queira atribuir a tanto) com o Poder Público. A recíproca, todavia, por parte deste último não é total, pois tal assunto costuma ser tratado quase sempre com desconfiança e mesmo algum preconceito. Aliás, é o que também acontece nos dois lados da mesa e mesmo por parte da opinião pública.

O documento do ICOS está organizado em torno de quatro grandes propostas para a ação do poder público: (1) financiamento e sustentação do sistema; (2) gestão operacional e assistencial; (3) saúde digital; (4) inovação e complexo científico e tecnológico. De uma forma que considero mais esclarecedora para a presente discussão, organizo tais propostas em termos de *sustentação financeira; modelo de gestão e de assistência; disponibilidade de tecnologias em saúde*, como se poderá apreciar no texto de síntese preparado por mim, ao qual remeto o leitor através do link ao final .

Vamos analisar o teor de tal proposta com a devida cautela, mas sem preconceitos, ok? Ao final voltaremos ao caso presente do DF.

Para início de conversa, qualquer aperfeiçoamento real do sistema de saúde no Brasil se somente se alcançaria muito além das propostas apresentadas pelo ICOS. Muito além mesmo. A essência das relações (que devem existir de fato) entre o público e o privado não está clareada neste documento, enfático em deplorar o desequilíbrio financeiro nos planos de saúde, porém sem oferecer indícios de que se preocupa também em proteger, além da saúde dos cidadãos, as contas públicas.

Além disso, questões de importância capital no SUS, como política de recursos humanos, modalidades de remuneração de pessoal, capacitação da força de trabalho, intercâmbio tecnológico, responsabilidade sanitária de gestores, regionalização de serviços, modelo de gestão pública baseada em valor, estruturação em redes, conteúdo jurídico de contratos, judicialização, além de outras, são tratadas com certa superficialidade ou simplesmente não cogitadas. Há também uma pergunta que não quer calar e eu a deixo no ar: por que tal entidade se manteve em silêncio durante a pandemia? Certamente não havia (e nem há ainda) um governo receptivo ao tipo de propostas que ora oferecem ao novo governo, mas poderiam ter feito, assim como outras entidades, a veiculação de alertas e denúncias quanto à atuação das autoridades, o que estaria plenamente justificado por ser eticamente correto.

É digna de nota (e até de elogios) a preocupação com que o documento trata do modelo assistencial, com notável detalhamento de propostas

que dizem respeito à Atenção Primária à Saúde, não só como modo de atenção a pessoas e famílias, mas também como instância ordenadora do sistema de saúde. Isso na verdade não traz nenhuma novidade para quem já milita historicamente na luta pela APS, como eu e tanta gente mais dentro do sistema público. A novidade é ver a iniciativa privada tão empenhada nisso, fazendo os mais céticos desconfiarem que alguma coisa pode estar se escondendo por detrás de tal entusiasmo. Eu também desconfio, mas sem exacerbar no ceticismo: quem sabe é uma boa oportunidade para se discutir algum tipo de colaboração, desde que *republicana*, entre estes dois setores, tendo como foco a atenção primária?

Da mesma forma, a forte ênfase em tecnologias, como Telessaúde, prontuários digitais, bases de dados ampliadas, ESD28 e outras, parecem traduzir algum interesse diferenciado por parte dos propositores, interesse este que certamente implicaria em foco econômico, ou seja, em produtos para um *Mercado*, para sermos mais diretos. É bom lembrar que a origem do documento não é propriamente de profissionais de saúde, como o mesmo é apresentado, mas de representantes empresariais variados, que incluem inclusive produtores de medicamentos, serviços e equipamentos. Não há nele nenhuma *benemerência*, certamente, mas sim *interesses*. Mas de toda forma, pode-se conversar. Por que não?

A divulgação deste documento traz a possibilidade, também, de levantar discussões sobre as ações concretas a serem objeto de uma adequada relação entre o público e o privado no Brasil. Há *cases* relevantes em toda parte. Aqui no DF mesmo, além da atual iniciativa (modesta, na verdade) comentada acima, existe aquela significativa e já consagrada pelo tempo, entre a SES-DF e o Hospital da Criança e possivelmente outras de que não tenho notícias no momento. Mas é certo que existem possibilidades múltiplas a serem exploradas, por exemplo, na responsabilização na porta de entrada através de Unidades Básicas de Saúde destinadas indistintamente a filiados de planos e cidadãos em geral, com responsabilização territorial por assistência integral; no intercâmbio de tecnologias; no desenvolvimento de estratégias e ações de capacitação de RH; na adoção e operacionalização de campanhas vacinais e educativas; na responsabilização informacional; no compartilhamento de recursos físicos e processuais. E por este caminho certamente surgiriam numerosos desdobramentos interessantes.

Mas falando em tecnologias, é bom lembrar que a colaboração pode se dar em dois sentidos, pois no SUS também existem bons exemplos de programas e aplicativos de sucesso, como é o caso do software de avaliação da atenção básica especialmente desenvolvido (PCATool).

Mas vamos combinar: a noção de *valor*, mencionada e valorizada no documento aqui em foco, deveria ser incorporada também na relação entre o Estado e o setor privado. Isso implica em mensuração realista e

transparente de custos e resultados em saúde, valendo não só para a parceria em si, mas também para o sistema de saúde como um todo e seus trabalhadores, mas, principalmente, para a sociedade e para os pacientes em geral. Entre as noções associadas então eficiência, controle de custos, transparência, redução de riscos, definição de indicadores, personalização de cuidados, adequação de tecnologias, trabalho em equipe, responsabilização, compartilhamento de informações, coordenação do cuidado, *compliance*, entre outras.

Volto à pergunta capital: é possível confiar em tais relações? Sem querer dizer *sim* ou *não*, sem maior argumentação, uma coisa é certa: é preciso parar de pensar que estaremos sempre diante de *lobos em pele de cordeiro*. As distorções de tal relação, que dominam o imaginário dos militantes do SUS, o mais das vezes resultam da corrupção, ineficiência ou morosidade do Estado em cumprir seu papel. É preciso adicionar ao cenário ingredientes como monitoramento (rigoroso e *just-in-time*), *valor*, economicidade, responsabilização etc. Com este Estado frouxo (com os poderosos, pelo menos) com que de fato temos convivido historicamente no Brasil, seria pouco provável avançar no campo das parcerias, ao ponto de levar muita gente a pensar se não seria melhor deixar apenas aos cuidados do mesmo a assistência *rústica* (para não usar palavras mais grosseiras) que o Poder Público muitas vezes oferece.

É o caso de parar de esconjurar a escuridão para, inversamente, acender luzes no cenário...

Para finalizar, um comentário sobre o caso do DF apontado no preâmbulo deste post. É um bom caminho, embora bastante modesto, perto das potencialidades do campo das parcerias público-privadas. Não se trata nem mesmo de “um bom começo”, eis que o caso local do Hospital da Criança está aí, às vistas de todos, para demonstrar o acerto de tais medidas. Acrescente-se que as propostas devem ser, de fato, resultantes de construções realizadas *a partir* da realidade local. Mas de toda forma, é preciso muita cautela com a forma de pagamento assumida nesta iniciativa. Pagamento *por procedimento* é coisa superada em quase todos os sistemas sérios de saúde do mundo e faz parte do folclore famoso das *cesarianas realizadas em homens e dos apêndices removidos três ou quatro vezes em um mesmo paciente*.

E assim me lembrei de um ditado árabe, recolhido no velho Malba Tahan: *confia no amigo, mas amarra o teu camelo*.

<https://saudenodf.com.br/2022/11/23/parcerias-publico-privadas-na-saude-confiar-desconfiando/>

FIM