



# DIVULGAÇÃO

## EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro

Número 28

ISSN 0103-4383

Julho 2003



**ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO**  
militante da Reforma Sanitária Brasileira

## PUBLICAÇÃO EDITADA PELO

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)  
Diretoria Nacional  
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Mangueiras  
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141 Cel.: (21) 9738-4101  
Fax.: (21) 2260-3782  
E-mail: [cebes@ensp.fiocruz.br](mailto:cebes@ensp.fiocruz.br)  
Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

## DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2000-2003)

Presidente	Sarah Escorel (RJ)
1º Vice-Presidente	Armando de Negri Filho (RS)
2º Vice-Presidente	Eduardo Freese de Carvalho (PE)
3º Vice-Presidente	Carlos Botazzo (SP)
4º Vice-Presidente	Alcides Silva de Miranda (CE)
1º Suplente	Rogério Renato Silva (SP)
2º Suplente	Maria José Scocchi (PR)

## CONSELHO FISCAL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ) & Ary Carvalho de Miranda (RJ)

## CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Ivo de Carvalho (RJ), Antônio Sérgio da Silva Araujo (RJ), Emerson Elias Merhy (SP), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Luiz Augusto Facchini (RS), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), Roberto Passos Nogueira (DF), José Gomes Temporão (RJ), Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (SP) & Paulo Sérgio Marangoni (ES)

## CONSELHO EDITORIAL

Coordenadora: Ana Maria Malik (SP)  
Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco de Castro Lacz (SP), Guilherme Loureiro Werneck (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), José da Rocha Carvalheiro (SP), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cordoni Jr. (PR), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo D. de C. Amarante (RJ), Renato Peixoto Veras (RJ), Ronaldo Bordin (RS) & Sebastião Loureiro (BA)

## CONSELHO EDITORIAL AD HOC

José Gomes Temporão & Sarah Escorel

## SECRETARIA EXECUTIVA

Ana Cláudia Gomes Guedes & Renata Machado da Silveira

## EDITORA EXECUTIVA

Ana Cláudia Gomes Guedes

## INDEXAÇÃO

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)  
Os artigos sobre História da Saúde estão indexados pela Base HISA – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe

## PUBLICATION EDITED BY

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)  
National Board of Directors  
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Mangueiras  
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brazil  
Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141 Cel.: (21) 9738-4101  
Fax.: (21) 2260-3782  
E-mail: [cebes@ensp.fiocruz.br](mailto:cebes@ensp.fiocruz.br)  
Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

## NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2000-2003)

President	Sarah Escorel (RJ)
1 <sup>st</sup> Vice-President	Armando de Negri Filho (RS)
2 <sup>nd</sup> Vice-President	Eduardo Freese de Carvalho (PE)
3 <sup>rd</sup> Vice-President	Carlos Botazzo (SP)
4 <sup>th</sup> Vice-President	Alcides Silva de Miranda (CE)
1 <sup>st</sup> Substitute	Rogério Renato Silva (SP)
2 <sup>nd</sup> Substitute	Maria José Scocchi (PR)

## FISCAL COUNCIL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ) & Ary Carvalho de Miranda (RJ)

## ADVISORY COUNCIL

Antônio Ivo de Carvalho (RJ), Antônio Sérgio da Silva Araujo (RJ), Emerson Elias Merhy (SP), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Luiz Augusto Facchini (RS), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), Roberto Passos Nogueira (DF), José Gomes Temporão (RJ), Luis Carlos de Oliveira Cecílio (SP) & Paulo Sérgio Marangoni (ES)

## PUBLISHING COUNCIL

Coordinator: Ana Maria Malik (SP)  
Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco de Castro Lacz (SP), Guilherme Loureiro Werneck (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), José da Rocha Carvalheiro (SP), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cordoni Júnior (PR), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo D. de C. Amarante (RJ), Renato Peixoto Veras (RJ), Ronaldo Bordin (RS) & Sebastião Loureiro (BA)

## PUBLISHING COUNCIL AD HOC

José Gomes Temporão & Sarah Escorel

## EXECUTIVE SECRETARIES

Ana Cláudia Gomes Guedes & Renata Machado da Silveira

## EXECUTIVE PUBLISHER

Ana Cláudia Gomes Guedes

## INDEXATION

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)  
The articles about Health History are indexed according to the HISA Base – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Bibliographic Base on History in Latin America and the Caribbean)

### Apoio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Cebes

A Revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos

A B E C



**DIVULGAÇÃO**  
EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro

Número 28

ISSN 0103-4383

Julho 2003

---

## SUMÁRIO

EDITORIAL / EDITORIAL	4
APRESENTAÇÃO / INTRODUCTION	6
ARTIGOS ORIGINAIS	
A Faculdade de Ciências da Saúde da UnB em busca de atualização de sua missão: um breve histórico crítico, à guisa de informação e reflexão, escrito para a comemoração dos 25 anos da formatura da primeira turma de 1970 <i>The Health Science School of UnB in search of updating its mission: a brief critical history, as information and reflection, written to celebrate the 25<sup>th</sup> anniversary of the first class of 1970</i> Eleutério Rodriguez Neto	12
<i>Pescador de Utopias</i> <i>Fisherman of Utopia</i> Sylvain Nahum Levy	17
Visionário e libertário, um Quixote <i>Visionary and Freedom-Fighter, a Quixote</i> Lúcia Ypiranga	19
Do amigo Eleutério <i>About the Friend Eleutério</i> José F. N. Paranaguá de Santana	22
(D)A IDA ao SUS <i>The Journey to SUS</i> Francisco Campos	25
Integração Docente-Assistencial em Saúde <i>Teaching-Assistance Integration in Health</i> Eleutério Rodriguez Neto	29
O pai, dois pais <i>One Father, Two Fathers</i> Sylvia Ypiranga	33
Apresentação. Gentile de Mello, Carlos. <i>O Sistema de Saúde em Crise</i> . São Paulo, CEBES: HUCITEC, 1981 <i>Introduction. Gentile de Mello, Carlos. The Health System in Crisis. Sao Paulo, CEBES: HUCITEC, 1981</i> Eleutério Rodriguez Neto	37
Encontros de vida <i>Encounters of Life</i> Henri Eugene Jouval Júnior	40
Nas brechas da crise: racionalizando a assistência médica previdenciária e fortalecendo o setor público — a construção do plano do CONASP <i>In the Gaps of the Crisis: Rationalizing Public Medical Assistance and Strengthening the Public Sector - the Development of the CONASP Plan</i> Marlow Kwitko	53

---

---

Ações Integradas de Saúde: no coração do sistema construindo a contrapolítica <i>Integrated Actions in Health: the heart of the system building a counterpolicy</i> José Gomes Temporão . . . . .	56
Experto Internacional em Recursos Humanos <i>International Expert in Human Resources</i> José Roberto Ferreira . . . . .	61
Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática <i>Resources for the Definition of a Healthcare Policy for a Government of Democratic Transition</i> Eleutério Rodriguez Neto . . . . .	64
Deu Certo! <i>It Worked Out!</i> Sérgio Arouca . . . . .	75
Reunião da ABRASCO em Cachoeira, Bahia <i>ABRASCO Meeting in Cachoeira, Bahia</i> Eleutério Rodriguez Neto . . . . .	78
Promessas e Limites de uma Tese Vivida <i>Promises and Limits of a Lived Thesis</i> Sonia Fleury . . . . .	88
Um encontro para não esquecer <i>A Meeting to Remember</i> Samara Nitão . . . . .	90
O Papel Ético da Descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde <i>The Ethical Role of Decentralization in the Implementation of the Unified Health System</i> Eleutério Rodriguez Neto . . . . .	93
Na Câmara dos Deputados: uma relação de amor e ódio <i>In the House of Representatives: a relationship of love and hate</i> Hugo Fernandes Júnior . . . . .	97
Memórias, Memorial <i>Memories, Memorial</i> Eleutério Rodriguez Neto . . . . .	100

---

## EDITORIAL

**A**mor e Dor. Rima gramaticalmente pobre e de fato muito comum. Amor nem sempre de amante. Dor nem sempre da morte.

Amor e Dor. Esses são os sentimentos que predominam ao escrever sobre Eleutério Rodríguez Neto. Amor da amizade, da gratidão, da admiração. Dor pela ausência, pela falta, pelo esquecimento.

Eleutério está vivo, mas ausente do nosso convívio. Ele 'flutua' num espaço e num tempo aos quais não temos acesso. O motivo tem um diagnóstico e um nome científico. Mas qualquer explicação não impede a saudade e a tristeza.

Este número da *Divulgação em Saúde para Debate* quer registrar a vida e a obra de um militante dedicado às causas da Reforma Sanitária Brasileira e de um Brasil mais justo. Nem todos os convidados tiveram tempo para registrar seu depoimento. Outros reclamarão da falta de oportunidade de participar da homenagem. Mas todos sentir-se-ão representados pelos que escreveram e, de variadas formas, contaram trechos de vida, momentos singulares de convívio, analisaram o percurso profissional de nosso homenageado e reconheceram o papel desempenhado, desde a década de 80, na transformação do sistema de saúde.

Todas as experiências de vida produzem 'marcas', registros dos acontecimentos. Sempre na vida privada, por vezes também nos espaços públicos. Algumas são como um traço na água que desaparece ao mesmo tempo em que é feito. Outras são como linhas na areia, cujos sulcos são apagados ao final do dia pelo mar. E ainda, outras são como esculpidas na pedra, indelévels, eternamente presentes. Assim, também, é a passagem das pessoas pelos acontecimen-

tos históricos – ausentes, frágeis traços, linhas tênues ou como esculpidos na pedra.

Na imensa escultura, ainda em processo coletivo de criação que é a Reforma Sanitária, Eleutério deixou sua presença marcada. Os textos reunidos nesta revista são testemunhas de sua importância. Oxalá seja possível, ainda que num lampejo, que ele perceba o quanto foi importante para nós e que esta publicação é uma forma de coletivamente lhe agradecer pelo que fez pela Reforma Sanitária e pelo Brasil.

*A Diretoria Nacional*

---

## EDITORIAL

Love and Pain. Constantly associated and in fact very common. Love not always by a lover. Pain not always by death.

Love and Pain. These are the feelings that predominantly arise when writing about Eleutério Rodriguez Neto. Love for the friendship, the gratitude, the admiration. Pain for the absence, for all that is forgotten.

Eleutério is alive, but absent. He 'floats' in a space and time to which we do not have access. The reason for that has a diagnosis and a scientific name. But any explanation does not diminish our missing and sorrow.

This issue of *Divulgação em Saúde para Debate* aims to record the life and work of a dedicated activist to the causes of the Brazilian Sanitary Reform and of a fairer Brazil. Not all of the people invited had the time to record their statements. Others will complain for not being invited. But everyone will feel represented by those who wrote and, in many ways, told stories of his life, unique moments spent together, analyzed the professional course taken by him and recognized the role played by him, since the 80's, in the transformation of the health system.

Every life experience produces 'marks', records of events. Always in private life, but also in public spaces. Some are like a line drawn on water, that disappears as it is made. Others are like lines in the sand, erased by the sea in the end of the day. And yet others are like lines carved on stone, undeletable, present for eternity. Like that is the passage of people through historical events – absent, fragile traces, fine lines or carved on stone.

In the huge sculpture, still being built, that is the collective process of creation of the Sanitary Reform, Eleutério left his mark. The texts in this journal are testimony to his importance. May God grant that he, even in a flash, is able to realize his importance to us and that this journal is a way of collectively thanking him for his services to the Sanitary Reform and to Brazil.

*The National Board of Directors*

---

## APRESENTAÇÃO

Este número da *Divulgação em Saúde para Debate* é inteiramente dedicado à homenagem que o CEBES presta a um de seus membros mais ilustres.

Trata-se de recontar estórias, ou retomar um diálogo que a vida interrompeu, como bem expressa Sonia Fleury em seu texto, “Promessas e Limites de uma Tese Viva”, reconhecendo em Eleutério Rodriguez Neto uma contribuição destacada ao processo de transformação política, institucional, legal, cultural e assistencial no campo da saúde deste País.

Fala-se de acontecimentos dos últimos 30 anos, recorte de tempo em que o leitor entrará, de forma privilegiada, em contato com o universo relacional constituído pelas pessoas que vêm fazendo essa história através de seus desejos e ações. Em um desenho que as inclui, assim como às instituições que representam ou representavam, configura uma trama na qual nosso protagonista transita esbanjando seu gênio, seu carisma, seu ‘dogmatismo pragmático’.

Esse tecido foi bordado por familiares, colegas de trabalho, companheiros de luta política que passaram em seguida a pertencer ao grupo de amigos, amigos queridos lá daquele início de nossas vidas profissionais, que com seus relatos construíram um amplo painel daquelas que foram as principais facetas, talentos e preocupações de Eleutério.

No artigo de Henri Jouval Júnior nos deparamos com a beleza de uma amizade que veio se solidificando ao longo dos anos, trazendo uma visão crítica do crítico maior, nosso Eleutério, que na palavra do autor tem como um de seus traços marcantes “nunca conceder nada no plano teórico doutrinário, quando convocado a ocupar uma tribuna”. Há também nesse artigo uma cronologia importante, que poderá servir de guia aos demais textos.

Mas, deixemos a formalidade da apresentação dos autores para evidenciar no escrito de cada um os trechos que traduzem a pessoa total de nosso homenageado, modulado pelos diferentes enfoques e olhares.

De antemão revelam a existência de alguns consensos relacionados a Eleutério: a sabedoria com que conjugava o verbo compartilhar e a certeza, para quem o acompanhou, da dificuldade de falar dele sem referir-se ao processo de conformação do direito à saúde no Brasil, como lembra Samara Nitão, em seu “Um encontro para não esquecer”.

No dia 21 de julho de 2003, Eleutério completou 57 anos. Com seu currículo e memorial, fizemos uma progressão no tempo, para um encontro com seu colega de turma na Faculdade de Medicina da UnB e também amigo, Sylvain Levy, que relembra uma época a partir da qual todas as lutas pareciam tomar forma. E é fazendo referência a esse perfil de lutador, que dele parte uma conclamação: “esta carta não é para que se lembrem de você, mas para que você não nos esqueça”.

“Dessa viagem pelas minhas recordações”, declara José Paranaguá Santana, “tenho a impressão de que a experiência do curso médico de Brasília conferiu para alguns, entre os quais me incluo junto ao Eleutério, a direção e o sentido de nosso engajamento no campo da Saúde Pública”, remetendo-nos à concentração de forças daquele momento político-institucional, e do desejo e determinação com que Eleutério dele participou de forma a, indubitavelmente, incluir-se na História que agora recuperamos.

Do encontro com Marlow Kwitko, privilegiamos a impressão de que o autor do artigo sobre a construção do plano do CONASP nos passa, após trocar literalmente apenas duas frases com Eleutério, a quem não conhe-



---

cia, da transparência, lealdade e disposição para a luta, independente das adversidades, quando este aceita, em 1980, num cenário a princípio pouco promissor, a indicação para Coordenador de Planejamento da Secretaria de Serviços Médicos do MPAS.

E, continuando a trajetória, em "Ações Integradas de Saúde: no coração do sistema construindo a contrapolítica", José Gomes Temporão ressalta, quando conta a estória quase inverossímil de um grupo de jovens sanitaristas convidados por Eleutério a fazer História dentro de uma instituição dura como o INAMPS de então, a capacidade demonstrada em constituir e liderar uma equipe técnica e politicamente coesa, que incluía e valorizava o pessoal 'da casa', antes não reconhecido e desmotivado.

As facetas internacionais de nosso homenageado foram contempladas no artigo "Experto Internacional em Recursos Humanos" de José Roberto Ferreira. Ele lembra que, com suas muitas produções, Eleutério "teve certamente a oportunidade de incorporar-se à carreira internacional em forma mais permanente; entretanto sua extrema dedicação aos problemas de seu país impediu que aceitasse".

Neste momento cabe uma reflexão sobre a constatação feita por Sylvania, sua filha, quando no texto "O Pai, Dois Pais" revela-se, para ela, "um destino que também tripudia...".

É preciso analisar com cuidado o impacto e os desdobramentos produzidos na vida de Eleutério pelo não reconhecimento acadêmico de sua tese de doutoramento sobre a Saúde na Constituição de 1988, narrativa e análise de seus movimentos em busca de uma articulação entre a academia e o mundo da vida, que favorecesse dispor do conhecimento científico como instrumento de transformação social. O já citado artigo de Sonia Fleury, aprofunda essa discussão e revela a atualidade e propriedade dos pontos estudados na tese.

A grande decepção e as contradições experimentadas como assessor parlamentar nos anos Collor também não podem ser ignoradas como 'pontos de inflexão' em sua vida. Com a contribuição de Hugo Fernandes

Júnior, em "Na Câmara dos Deputados: uma relação de amor e ódio" podemos sentir melhor as dificuldades enfrentadas à época.

Assim, nos aproximamos do relato sensível e amoroso de Sylvania, com as grandes questões geradoras de incompreensão e desencontros relacionais, que a todos surpreendeu e preocupou, trazidas com o infortúnio do acometimento do pai pela doença de Neumann-Pick.

Há no entanto, uma coragem no enfrentamento desta realidade, a princípio tão desagregadora, quando reconhece a existência de seus dois pais, que podemos dizer sem medo de errar, Sylvania, que essa atitude deixaria seu primeiro pai, aquele que você aprendeu a compartilhar conosco, inchado de orgulho!

Lúcia Ypiranga aceitou o enorme desafio de sair da redoma, numa atitude nobre e sintônica ao anteriormente vivido, falando agora de Eleutério, seu marido, como "um visionário cujo escopo foi a liberdade... um militante 24 horas em defesa das crenças profundas nas bandeiras que defendia...".

Convém a leitura dos textos do próprio Eleutério, alguns inéditos, como aquele em que faz uma defesa intransigente da ética, focando a descentralização como expressão da democracia.

A tese defendida é que, em contrapartida às soluções burocráticas e administrativas das delegações de poderes do governo federal às secretarias estaduais e municipais desde o final dos anos 70, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralização tem outra conotação: precisa ser compreendida como diretriz eminentemente política, em que a idéia é o exercício do poder de decisão por seus reais atores, o mais próximo possível de onde ocorrem os fatos e da realidade. Isso significa dar caráter ético às decisões. E prossegue: "todavia, não basta: é necessário que esse poder de decisão seja legítimo e a legitimidade é dada pela via da representatividade do gestor e da possibilidade efetiva do controle social pelos sujeitos das ações (usuários), mediante o processo participativo; no caso do SUS, sendo instrumento e espaço privilegiado os Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos".

---

Na realidade, um alerta e uma contribuição valiosos para organizadores e participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde, cuja proposta procura o resgate de valores essenciais da Reforma Sanitária e de mudanças operacionais e concretas neste SUS, que Eleutério tanto ajudou a construir, sendo um de seus arquitetos, como bem lembra Francisco Eduardo Campos no artigo "(D)A IDA ao SUS".

Uma emocionante comunicação de Sérgio Arouca, relembra o contexto da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e o papel estratégico desempenhado por Eleutério quando Secretário Geral do Ministério da Saúde, não se furtando a sentir e registrar a "falta danada que você vai fazer na Comissão Organizadora da 12ª CNS". Num passeio por esses muitos anos de construção conjunta da Reforma Sanitária Brasileira, nos deparamos com uma história que se arredonda e se consolida fazendo-nos acreditar que "toda a briga que você brigou, o trabalho que você investiu, o projeto que você participou, DEU CERTO!".

"Sempre fica a obra!" É verdade, Jouval!

Experimentamos assim, de forma compartilhada, a justeza dessa homenagem, querido amigo, mesmo que você não saiba dela!

*Liliane Mendes Penello*

Médica psiquiatra, psicanalista, especialista em gestão hospitalar pela ENSP/FIOCRUZ, integrante da Diretoria do CEBES - RJ quando Eleutério presidia a Diretoria Nacional da entidade, 1980/81.  
Amiga desde então.

A Diretoria Nacional do CEBES e os editores agradecem à Fundação Oswaldo Cruz, em particular ao seu presidente, Dr. Paulo Buss, o patrocínio que permitiu esta publicação.

---

## INTRODUCTION

This issue of *Divulgação em Saúde para Debate* is entirely dedicated to one of CEBES's most renowned members.

Stories are told and a dialogue interrupted by life is restarted, as Sônia Fleury expresses in her texts, "Promises and Limits of a Lived Thesis", recognizing in the figure of Eleutério Rodriguez Neto a highlighted contribution to the process of political, institutional, legal, cultural and assistential transformation in health in this country.

The text mentions events occurred in the last 30 years, period to which the reader will have a privileged view, approaching the relationship universe created by the people that have been building this story through their desires and actions. In the framework where they are included, as well as the institutions previously or currently represented by them, there is a structure in which our leading character travels showing off his genius, his charisma and his 'pragmatic dogmatism'.

The structure was woven by family members, work colleagues, friends from the front of political struggle that became dear friends in the period when we all started our professional lives, and that through their statements drew a broad picture of the main aspects, talents and worries of Eleutério.

In the article by Henri Jouval Jr. we are struck by the beauty of a friendship that became more and more solid through the years, bringing forward the critical view of our greatest critic, Eleutério, who, in the words of the author has, as one of his notable aspects, "to never compromise anything related to the theoretical doctrine, when invited to be part of the

stage". In this article we also find an important chronology that can serve as a guide to the other texts.

But we will leave aside the formality of introducing the authors to highlight, in each text, the excerpts that translate the person we celebrate in this issue, modulated by the different approaches and views.

We immediately perceive the existence of a few common views about Eleutério: the wisdom with which he performed the act of sharing and the difficulty to talk about him without mentioning the process of formation of the right to health in Brazil, as Samara Nitão reminds us in her "A Meeting to Remember".

In July 21, 2003, Eleutério will turn 57. With his curriculum and history, we are taken to the moment of a meeting of his with a friend from Medicine School, Sylvain Levy, that reminds us of a time from when all the fights seem to take shape. And as if to confirm this fighter profile he says: "this letter is not for people to remember you, but to avoid you forgetting us".

"In this journey through my memories", José Paranaguá Santana declares, "I get the impression that the experience of the Medical School program in Brasilia offered to some people, Eleutério and I included, the direction and the meaning of our involvement in the field of Public Health", which leads us to the concentration of powers in that political and institutional moment, and the will and determination of Eleutério, who participated in all this in a way that will undoubtedly be included in the History that we now recover.

From the meeting with Marlow Kwitko, we get the image presented by the article's author about the construction of the CONASP plan, after exchanging only a couple of sentences with Eleutério, who he had not

---

met before, of transparency, loyalty and will to fight, no matter the adversities, when he accepts, in 1980, in a very unpromising environment, the indication to head the coordination of the Planning Secretariat of the Medical Services of MPAS.

And, continuing on that journey, in the article "Integrated Actions in Health: the Heart of the System Building a Counterpolicy", José Gomes Temporão tells an almost unbelievable story of a group of young sanitary professionals invited by Eleutério to make history inside a rigid institution such as INAMPS, and the skill demonstrated to build and lead a technical and politically strong team, which included and valued in-house workers, previously not recognized and with low motivation.

The international aspects of the man we celebrate are mentioned in the article "International Expert in Human Resources", by José Roberto Ferreira. He reminds us that, with his many productions, Eleutério "certainly had the opportunity to seek an international career in a more permanent manner, but his extreme dedication to his country's problems did not allow this".

Now is the time for a reflection about the statement made by Sylvia, his daughter, in the text "One Father, Two Fathers". To her, "a destiny that she also rejoices in" is revealed to her.

It is necessary to carefully analyze the impact and unfolding produced by Eleutério's life, not only through the recognition achieved with his Doctor's degree on health in the 1988 Constitution, but as a narrative and analysis of his movements in the search for an articulation between the academy and life which could favor the dissemination of scientific knowledge as an instrument of social transformation. The already mentioned article by Sônia Fleury, deepens this discussion and shows the current aspect and properness of the point discussed in the thesis.

The great disillusion and contradictions experienced as parliamentary assessor during the

Collor administration cannot be ignored as 'points of inflexion' in his life. With the contribution of Hugo Fernandes Jr., in the article "In the House of Representatives: a Relationship of Love and Hate", we can better feel the hardships he faced then.

We then arrive at the sensitive and loving report by Sylvia, with the great issues of misunderstanding and relationship dissents, that was cause of concern and surprise for all, which arose with the sad diagnosis of Neumann-Pick disease in her father.

However, there is great courage in the facing of this fact, initially so disuniting, when she recognizes the existence of her two fathers, an attitude we can say would make her first father, the one Sylvia learnt to share with us, bursting with pride!

Lúcia Ypiranga accepted the huge challenge of going into the open, in a noble attitude, coherent with what she had experienced in the past, to speak about Eleutério, her husband, as a "visionary whose scope was freedom... a 24-7 militant to defend his deep beliefs...".

It is appropriate that we also read texts by Eleutério himself, some of them never seen before, such as the one in which he defends ethics with austerity, focusing on decentralization as an expression of democracy.

The theory defended is that, besides bureaucracy and management solutions offered by the delegation of powers by the federal government to local and state secretariats since the early 70's, when we talk about decentralization in the realm of the Unified Health System (SUS), it has yet another meaning: it needs to be understood as an eminently political guideline, to offer decision-making power to their real actors, closest to where the facts occur and to the reality experienced. That means giving an ethical aspect to the decisions. And he adds: "however, this is not enough: it is necessary that this decision-making power is legitimate and that legitimacy is achieved through representativity of the manager and the actual

---

possibility of the people subject to the actions (users) having social control, through the participative process; in SUS, that being the privileged space and instrument of Health Councils, deliberative and fair”.

In fact, that is a warning and valuable contribution to organizers and participants of the 12<sup>th</sup> National Conference on Health, whose aim is to recover crucial values of the Sanitary Reform and operational and concrete changes in SUS, things that Eleutério helped to build, as one of the architects, as Francisco Eduardo Campos recalls in the article “The Journey to SUS”.

An emotional piece by Sérgio Arouca, recalls the context in which the 8<sup>th</sup> National Conference on Health was held and the strategic role played by Eleutério as secretary-general of the Ministry of Health, not hiding his feelings and noting that “we will miss you very, very much in the Organization Commission of the 12<sup>th</sup> NCH”. In a stroll through those many years of building together the Brazilian Sanitary Reform, we realize a history that emerges and is consolidated, making us believe that “every fight you fought, the works in which you invested, the projects you participated in, THEY WORKED OUT!”.

“The work always remains!” And it is true, Jouval!

That way we share the experience of the fairness of this celebration, dear friend, even if you don't see it yourself!

*Liliane Mendes Penello*

Psychiatrist, specialist in Hospital Management by ENSP/Fiocruz, member of the Board of Directors in CEBES- RJ when Eleutério chaired the National Board of the entity, 1980/81.  
A friend ever since.

CEBES's National Board of Directors and the editors thank Oswaldo Cruz Foundation, specially its chairman, Dr. Paulo Buss, for the sponsorship that allowed for this issue to be published.

## A Faculdade de Ciências da Saúde da UnB em busca de atualização de sua missão: um breve histórico crítico, à guisa de informação e reflexão, escrito para a comemoração dos 25 anos da formatura da primeira turma de 1970<sup>1</sup>

The Health Science School of UnB in search of updating its mission: a brief critical history, as information and reflection, written to celebrate the 25<sup>th</sup> anniversary of the first class of 1970

Eleutério Rodriguez Neto

### INTRODUÇÃO/CONTEXTO

Longe de ser um absoluto consenso, em termos de concepção e processo de implantação, a hoje Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), teve, lado a lado, desde o início, numerosas virtudes e vicissitudes.

Sem dúvida, a sua principal virtude foi o caráter inovador, no panorama de um ensino médico absolutamente tradicional vigente à época. Suas vicissitudes estão intimamente ligadas ao contexto de crises institucionais que pautaram o período, marcado pelo autoritarismo do regime e que comprometeram a história da própria UnB.

Por outro lado, há de se reconhecer um grande empirismo no processo, marcado por muitas orientações filosóficas e doutrinárias, às vezes contraditórias entre si.

Se por um lado, a UnB surgia no panorama nacional como um libelo contra a universidade conservadora, tendo no seu Plano Diretor um explícito compromisso com o desenvolvimento nacional e com as prioridades sociais, não havia um maior desenvolvimento das concepções relativas ao campo da saúde, apenas referindo a necessidade de que os cursos da área da saúde estivessem comprometidos com a solução dos problemas de saúde pública prevalentes no país.

Na contramão, no entanto, implantava-se no país uma política de privatização e centralização, da qual a UnB foi vítima privilegiada desde o primeiro momento do golpe militar, com o afastamento de suas principais lideranças intelectuais do comando da instituição. No caso da área da saúde, o governo tentava implantar o malfadado Plano Leo-

nel Miranda que propugnava a radical privatização dos serviços de saúde em todo o país.

### A CONCEPÇÃO E AS DIFICULDADES DE SUA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

Naquele momento (anos 1960), o ensino médico no Brasil e no mundo estava fundamentalmente assentado sobre o modelo Flexneriano, concebido em 1910, nos EUA, como uma tentativa de 'modernizar' o ensino médico norte-americano, acusado de estar atado ao ensino espontaneísta, sem organização curricular e com baixa incorporação da tecnologia diagnóstico-terapêutica que começava a florescer e que necessitava de mercado. Esse modelo introduziu a separação entre ensino básico 'em laboratórios' e ensino clínico em 'hospitais de clínicas', exportando essa concepção para mui-

<sup>1</sup> Texto provisório e parcial, elaborado pelo Prof. Eleutério Rodriguez Neto, DSC; aluno da primeira turma da FS.

tos países, especialmente aqueles dependentes e que ampliavam o seu mercado no pós-guerra, com a substituição de importações. É interessante registrar que logo depois, nos anos 1920, a Inglaterra propunha a reorientação da sua política de saúde com base em parâmetros totalmente diferentes e opostos (Relatório Dawson) e considerados válidos e atuais (vide Carta de Ottawa) hoje em dia, na maioria das propostas de reformas sanitárias nos países mais desenvolvidos, como, por exemplo, o Canadá, a França, a Espanha e a Itália; e até mesmo em experiências de reformas em alguns Estados norte-americanos. O que caracteriza todas essas propostas é uma crescente e íntima integração com os respectivos sistemas de saúde e a não exclusividade dos 'hospitais de clínicas' como campo de treinamento, com a incorporação das práticas de atenção básica e não especializada.

Na América Latina, especialmente no Brasil, esse modelo começou a se exercitar já no final dos anos 1940, com a aprovação de vários projetos de hospitais universitários que, no entanto, tiveram a construção interrompida até a década de 1970, quando, num novo contexto econômico, tecnológico e político (o 'milagre', com as então gordas tetas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), muitos deles foram retomados, ainda que

muitos superdimensionados até para os dias de hoje (vide o Hospital do Fundão da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ).

Todavia, se por um lado aquele modelo de ensino médico começava a ser incorporado no Brasil (Ribeirão Preto, SP), financiado por fundações estrangeiras, a crítica ao modelo já estava sendo construída desde o final dos anos 1940 (Reunião de 'Colorado Springs') por meio de um debate na sociedade norte-americana a respeito dos efeitos do modelo no tocante à alta e abusiva especialização e ao crescente custo da assistência médica.

Tal crítica redundou em uma tentativa de mudança de paradigma na Saúde, com o desenvolvimento do conceito de "história natural da doença" (Levell e Clark) e seus consequentes níveis de prevenção primária, secundária e terciária, em torno da doutrina da 'medicina preventiva' e da 'medicina integral' que pretendiam dar novo peso às ações de promoção da saúde e prevenção da doença, vis-à-vis a assistência médica curativa; conceito esse consagrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na sua tradicional definição de saúde.

Sendo um movimento ideológico, sem base material de reestruturação das práticas médicas, a tarefa de 'reversão' das tendências consideradas inadequadas, foi con-

ferida à Escola Médica que deveria 'formar' uma nova atitude nos novos profissionais que assim, supunha-se, poderiam, no somatório das atitudes individuais, mudar o panorama das práticas de saúde, preservando intocada a incorporação tecnológica, enquanto se 'evitaria' a doença com medidas de prevenção.

Evidentemente, mesmo sem conseguir sucesso na reversão do modelo tecnicista, individualista e biologicista, dado seu caráter idealista e voluntarista, não há dúvida de que essa nova visão 'contaminou' o ensino médico e as práticas sanitárias. Isto permitiu que, ao longo do tempo, surgissem significativos frutos como, nos anos 1970, a Medicina Comunitária, que veio a ser a base para muitas experiências relevantes de atenção à saúde no nível local, e argumento para as propostas de descentralização e participação, propugnadas pelos organismos internacionais e incorporadas nas propostas de reorganização dos sistemas de saúde em todo o mundo<sup>3</sup>.

É curioso e até irônico que, em 1970, uma nova comissão apoiada pela mesma fundação (Fundação Carnegie for Higher Education) responsável pelo 'Informe Flexner' tenha elaborado uma nova análise, criticando radicalmente a Reforma Flexner e seus efeitos nocivos, e apontando como solução a estratégia de Integração Docente-Assisten-

<sup>3</sup> Especialmente a partir da Conferência de Alma Ata, em 1979.

cial (IDA), organizada em regiões de saúde e englobando todos os níveis de atenção.

A grande vicissitude da concepção da Medicina Integral/Preventiva foi a sua despolitização, ao desconsiderar os avanços epistemológicos da Medicina Social desenvolvida nos finais dos anos 1960 e começo dos anos 1970, que desenvolvia a lógica da determinação social da doença e a determinação econômica da organização dos serviços de saúde.

Pois bem, foi nesse contexto que nasceu a então Faculdade de Ciências Médicas da UnB, com seu primeiro vestibular para Medicina sendo realizado em dezembro de 1964, ainda sem um curso estruturado.

A primeira tentativa de se discutir um modelo de faculdade se deu em meados de 1965, quando o Prof. Roberto Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA) foi convidado pela Reitoria para vir propor e discutir o Projeto. Todavia, dois fatores impediram que o processo avançasse: o primeiro é que, havendo estudantes antes de haver o Curso, estes questionaram o modelo proposto, considerando-o alienado e distante em relação ao Plano Diretor da UnB (naquele tempo ainda se lembrava da sua existência e dos ideais de Darcy e Anísio Teixeira, ainda que não estivessem mais na UnB); o segundo motivo foi que,

logo a seguir, em agosto, a UnB viveu a sua maior crise, com a demissão coletiva de mais de 300 professores, entrando em recesso até janeiro de 1966.

No vazio da crise institucional (janeiro/1966), a Reitoria contactou um grupo de professores da 'Praia Vermelha'<sup>3</sup> e da Universidade de São Paulo (USP) para virem discutir e 'montar' a Faculdade de Medicina. Esse contato não foi aleatório, mas orientado pelo fato de esse grupo estar envolvido com a discussão da Educação Médica, nos primórdios da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), já levantando algumas novas idéias que careciam de espaço de exercitação e que estavam assentadas essencialmente sobre a doutrina da Medicina Integral. As principais lideranças desse grupo foram os Professores Edgard Barroso do Amaral, Luiz Carlos Galvão Lobo e José Roberto Ferreira que, logo, se fizeram acompanhar por mais uma quantidade significativa de professores de renome.

Ainda que não houvesse currículo médico, todos os alunos já vinham cursando disciplinas 'básicas' desde 1964, de acordo com a disponibilidade na área de Biologia e outras. Depois de considerado 'aberto' o curso de medicina em janeiro de 1966, as primeiras disciplinas oferecidas

foram bioestatística, psicologia médica e antropologia médica.

Dentre as idéias de 'modernização curricular' que vinham sendo trazidas pelo grupo de implantação, encontravam-se duas fundamentais: o ensino básico por blocos de sistemas orgânicos e o ensino profissional no sistema *clerkship*, ou seja de responsabilização crescente quanto às tarefas assistenciais, a partir do nível de atenção mais básico, no caso, o ambulatorial. Outro elemento inovador foi a abordagem multiprofissional, inclusive com a incorporação de outros profissionais não-médicos no ensino dos estudantes de medicina, como a enfermagem e a nutrição.<sup>4</sup>

Talvez as contradições tenham começado justamente aí: o ensino básico por blocos era altamente tecnicificado, sofisticado e simulado, afastando o aluno do seu real interesse: a prática médica; e, no caso do ensino da medicina integral a partir da atenção básica, também havia uma enorme contradição, à medida que foram trazidos os mais renomados 'especialistas' para ensinar 'medicina geral' (!!!), o que não era o seu *métier*. Nesse caso, muitos dos melhores professores foram médicos recém-formados, contratados como residentes e/ou auxiliares de ensino que acabaram por se identificar mais com o projeto do que os

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da UFRJ.

<sup>4</sup> Naquele momento, ainda não existiam cursos para estas profissões na FS.



'grandes professores' da USP e da Universidade do Brasil, sempre um pouco 'saudosos' dos seus espaços de prática anterior. Isso, todavia, não invalida a grande contribuição técnica que esses 'mestres' deram à consistência do ensino.

Tendo havido uma prévia, mas diluída discussão sobre o campo de ensino profissional, quando se considerava como hipótese a utilização do então Hospital Distrital, a opção acabou recaindo sobre um hospital de cidade satélite (Sobradinho) onde, segundo a concepção a ser implantada, poderia-se fazer a Medicina Integral, por meio das ações globais de promoção, proteção e recuperação da saúde para toda uma comunidade. Nessa visão já estava implícita a idéia da Medicina Comunitária. Na ocasião, só existia um hospital provisório, de madeira, mas que estava sendo substituído por outro em construção e que foi adaptado para ser uma Unidade Integrada de Saúde, conforme a concepção desejada.

Desde o início, no entanto, sempre foi considerada a hipótese de se ter também um hospital especializado, terciário, de preferência no campus. Esse hospital seria destinado ao ensino de pós-graduação e pesquisa clínica, enquanto a graduação continuaria a ser feita em Sobradinho. O acordo para isso nunca conseguiu ser feito, por resistência corporativa do então DASP que queria um hospital privativo para os servidores federais.

Com as dificuldades naturais de ordem financeira e conflitos políticos permanentes com a administração central da UnB, o Hospital de Sobradinho se implantou, na condição de hospital geral, nas quatro clínicas básicas, emergência e área de saúde da comunidade (educação para a saúde, vigilância epidemiológica e sanitária).

Dois fatores podem ser indicados como facilitadores do ensino na ocasião: o primeiro, a obrigatoriedade do regime de tempo integral e dedicação exclusiva; nesse caso, chegando-se inclusive ao paroxismo de se recolher qualquer receita de consultoria ou até o pró-labore que a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) pagava, para um fundo comum para bolsas, viagens, etc. O outro elemento altamente positivo para o ensino foi o sistema de responsabilização crescente, inclusive quanto ao ensino dos alunos mais adiantados em relação aos mais recentes, conferindo, além da capacitação técnica, a didática; por fim, um terceiro elemento seria o da auditoria completa de todo e qualquer prontuário, que conferia um padrão de qualidade inusitado, tanto para a assistência, como para o ensino.

Outro fator importante para a concretização do modelo foi o alto grau de identificação dos alunos, muitos docentes e funcionários com a 'filosofia' da faculdade, elemento que, com o tempo se esgarçou.

O modelo que vinha sendo apontado com sucesso, inclusive por avaliadores externos, começou, no entanto a entrar em rota de colisão com interesses de muitos profissionais/docentes que se julgavam 'diminuídos' por não poderem incorporar a tecnologia que consideravam necessária à sua prática especializada. Essa questão acabou por influenciar os alunos que estavam prestes a entrar no internato que passaram a reivindicar a alternativa de fazerem o internato na rede da FHDF, o que, após muitas polêmicas, de lado a lado (UnB e FHDF), acabou por ser permitido, embora menos da metade dos alunos optasse por sair de Sobradinho.

No ano de 1970 (ano da graduação da primeira turma), os conflitos se acirraram, não só internamente, no corpo docente, mas também da direção da Faculdade com a Reitoria que não via com bons olhos a orientação político-filosófica da Faculdade, levando a uma crise irreversível, em termos de substituição da Direção da Faculdade.

Nos anos subsequentes, duas novas ordens de fatores contribuíram fortemente para esgarçar o projeto da FS: o primeiro foi o esvaziamento de Sobradinho, tanto pela Reitoria, como pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, com dificuldades de subsistência crescentes, o que levou a que a Reitoria rompesse o convênio com a FHDF e devolvesse o hospital. Este

fato acarretou a negociação do uso do então inadequado e insuficiente Hospital Presidente Médici, ainda no âmbito do IPASE. Ademais, nos anos 1970 foram abertos numerosos concursos públicos na FHDF e no INAMPS, levando a que muitos docentes desistissem do 'tempo integral' para fazerem concurso e, mais, comesçassem a abrir seus consultórios privados, com os reflexos, não só no restante do corpo docente, mas também nos alunos em formação, que já não viam mais consistência no 'projeto'.

A evolução desse processo é de todos conhecida, culminando com a cessão, pelo governo Collor, do hospital à UnB, como HUB e a conseqüente crise crônica que então se instalou.

Nessa ocasião, quando se negociava a aprovação da Lei Orgânica da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que, entre outras coisas propunha o regime de co-gestão dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), houve o surgimento de um movimento corporativo dos diretores de HUE, abrigado pela ABEM, que conseguiu tirá-los do âmbito do SUS, deixando-os como qualquer outra entidade hospitalar a disputar convênio com o SUS; instalou-se aí o contencioso que está na base das atuais dificuldades de relacionamento dos HUE com o sistema de saúde.

Caberia aqui se tentar analisar as razões e as raízes dessa crise que muitos tentam qualificar como eco-

nômica/financeira, mas que, de fato é mais estrutural, envolvendo a questão do papel e funções do HUB na rede do DF, no âmbito do SUS, assim como na formação acadêmica do aluno de medicina e dos outros campos profissionais.

Outro ponto que merece uma discussão mais aprofundada é a do surgimento e implantação dos demais cursos do campo da saúde e o seu interrelacionamento, seguramente insuficiente, deficiente e vicioso, uma vez que obedeceram a determinantes e interesses específicos e, às vezes discutíveis, não tendo sido objeto de um planejamento de desenvolvimento global da FS, o que a atual crise pode oportunizar, facilitando o processo, hoje já mais amadurecido.

#### AS ALTERNATIVAS PARA A REORGANIZAÇÃO DA FS

Dada essa história sinuosa, não cabe hoje qualquer tentativa de saudosismo ou mistificação do que foi ou poderia ter sido a FS. O que se faz mister é refletir sobre os erros (na maioria das vezes, políticos), recontextualizar o problema e identificar o referencial pertinente ao momento atual, em termos de modelo assistencial e concepção didático-pedagógica do ensino das ciências da saúde, que a 'nova' FS deve trilhar com autonomia e criatividade para ocupar um lugar de liderança que a UnB supõe, no panorama do ensino das profissões da saúde.

O que é certo é que não há nada de edificante a se copiar no nosso entorno imediato, homogeneamente monótono e repetitivo em relação aos parâmetros flexnerianos (com raras exceções), mas é dever conhecer as atuais tendências internacionais globalizadas (nesse caso, positivamente) e as viabilidades para o momento atual e na nossa realidade concreta. A modernidade não se copia, se constrói, a partir de claros objetivos de intervenção sobre uma realidade, com o propósito de mudá-la.

Quem sabe assim, poderemos voltar a ser modernos?!

## Pescador de Utopias

Fisherman of Utopia

Sylvain Nahum Levy

Médico sanitarista do Ministério da Saúde (aposentado) e psicanalista, ex-coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde, ex-diretor do Programa Educação em Saúde da Secretaria de Políticas Públicas de Saúde

MEU CARO AMIGO E CAMARADA ELEUTÉRIO,

foram muitos os anos de proximidade como tantos os de afastamento. Foram muitas as alegrias de vitórias como tantas as experiências de frustrações e de tristezas. Mas nunca ou quase nunca as vivências de derrotas, pois com isso você não compactuava. Você jamais aceitou a idéia de derrota. Quando tudo se apresentava como perdido, você retirava de não sei onde uma força que lhe impulsionava, e a muitos de nós, para novas aventuras e novas utopias.

Este é um dos seus paradoxos: um crítico ácido e empedernido, um pessimista militante que era um pescador de utopias, um visionário de dias melhores.

Contemporâneos de faculdade, formamos fileiras no Diretório da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Participamos da diretoria eleita em 1968 e ficamos apenas os dois, movidos por teimosia e ideais políticos, para dar seqüência e conseqüência às

lutas que se afiguravam justas, necessárias e sem perspectivas de vitória. Talvez naquela época já tivéssemos toda essa compreensão, mas mesmo se ela não existisse para você não faria diferença, você gostava de lutar a boa luta, a luta justa.

Nessa época já se revelava em você, além das firmes defesas de suas convicções, uma grande capacidade de diálogo e de aglutinação de contrários. A sua capacidade de articulação evitou, por mais de uma vez, que ambos fôssemos presos, pelo que fazíamos e pelo que não fizemos, o que não significava muito naqueles tempos.

Mas isso permitiu que se conseguisse passar o bastão do diretório à nova e, infelizmente, última diretoria democraticamente eleita.

As lutas pela manutenção do projeto original da nossa faculdade marcaram a sua trajetória acadêmica, assim como as brigas pelos amigos e professores ameaçados marcaram sua vida.

Seu humor rascante e os comentários críticos às vezes incomodam mais que os charutos, sempre cubanos, que você fuma. A diferença é que o odor do fumo e a névoa se dissipam, mas os efeitos de muitas das suas observações deixam seqüelas inefáveis, persistentes e incômodas. Elas fazem pensar e pensar e repensar.

Pensador militante, como professor, como servidor público ou como dirigente, você sempre esteve na vanguarda das discussões sobre a nova saúde. A saúde mais justa, mais socialista e mais humana.

CEBES, PREVSAÚDE, CIPLAN, CONASP, AIS, POI, SUDS, NESP. Nossa criatividade em produzir siglas só era superada pelas idéias que as originariam; e você estava em todas essas idéias. Seminário de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, 8ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria Geral do Ministério da Saúde na Nova República e você estava lá. Constituinte, SUS, discussão da Lei Orgânica de Saúde, criação do

novo Conselho Nacional de Saúde, incorporação e posterior extinção do INAMPS e você também estava lá.

Pois é, muitos perguntam: e agora, onde está você? Poucos sabem de seus problemas de saúde, de sua nova luta.

Esta carta não é para que se lembrem de você, mas para que você não nos esqueça.

## Visionário e libertário, um Quixote

### Visionary and Freedom-Fighter, a Quixote

Lúcia Ypiranga

Doutora em Nutrição Humana pela Universidade de Giessen, Alemanha, ex-professora nas Universidades de Brasília e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

“Há coisas que deviam ficar do jeito que estão. A gente devia poder enfiá-las num daqueles mostruários enormes de vidro e deixá-las em paz”. Esse enunciado do adolescente Holden Caulfield, em *Apanhador no Campo de Centeio*, J. D. Salinger, escrito em 1951, expressa bem meu sentimento em relação a alguns aspectos da minha vida, profissional e pessoal, ao lado de Eleutério Rodriguez Neto. Atendendo, porém, a um pedido de Henri E. Jouval Júnior, companheiro de trabalho e amigo atencioso em todos os momentos, e à ‘convocação’ do CEBES, feita por José G. Temporão e Sarah Escorel, tentarei abrir esta redoma. Pediram-me um depoimento sobre Eleutério, o ‘marido’. Difícil, quase impossível para mim, dissociar o companheiro de vida e de trabalho. Procurei então relacionar alguns fatos a observações pessoais esperando contribuir com a descrição de um perfil desse ‘cebiano’ de modo sincero, objetivo e sem pieguismo.

Conheci Eleutério em 1968, ainda estudante, na Universidade de Brasília, onde era professora. Participávamos da criação de um curso médico que propunha um modelo de atendimento à saúde a partir da Medicina Integral: alunos que queriam participar efetivamente do seu processo de formação e professores ainda em formação. Éramos a ‘geração 1968’. Queríamos transformar o mundo! Ele, dos mais jovens alunos da turma, chamou de pronto a atenção daquela ‘quase menina’ investida gravemente na função acadêmica. Intrigava-me pelo brilho e firmeza do olhar, sempre acompanhado de um sorriso meio torto, parecendo debochar de mim. Percebi, mais tarde, que esse era o ‘ponto forte’ da sua expressão fisionômica, seu charme. O fim dos anos 1960 e o início dos 1970 foram para mim um grande laboratório profissional. Em Brasília, na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, vivi o despertar de uma consciência

social e política associada à prática profissional. E, nesse processo foi importante e decisiva a participação de Eleutério, com sua crítica constante e implacável. Começava então nossa parceria. Destacaria três momentos de sua atuação profissional que influenciaram essa parceria: na Universidade (UFRJ/OPAS), no Ministério (planejamento central) e na Câmara de Deputados.

O Eleutério-professor reproduzia o modelo docente em que foi formado: era questionador da realidade social em que se dava a ação educativa, buscando a transformação a partir do ‘aparelho formador’. Seu objeto de estudo era a Integração Docente Assistencial (IDA). Nesta época éramos, além de pais de Sylvia e Pedro Paulo, colegas que expandiam seu tempo de trabalho levando suas discussões para casa. A partilha de material e preocupações nos irmanava fortalecendo nossa relação, criando uma sintonia de personalidade que levou a uma in-

terdependência quase simbiótica. Foi nesse caldeirão fervilhante de paixão e de vontade de reformar o mundo que formamos nossa família.

A efervescência política do final dos anos 1970 e início dos 1980 trouxe a cristalização do nosso projeto de vida. Assumimos o combate à desigualdade social como cerne de nossas atividades. Conforma-se, assim, a prática política de Eleutério a partir do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o CEBES, que aglutinando profissionais de diversas vertentes fundamentou o chamado 'Movimento da Reforma Sanitária' em suas lutas pelo direito universal à saúde.

Inicia-se a sua vida pública. Passaríamos, então, a 'disputá-lo' não apenas com sua agenda profissional, mas também com suas obrigações políticas. Lá fomos nós para o Distrito Federal, deixando para trás todos os compromissos firmados, e providenciando a mudança de escola para as crianças (o mais novo ainda em processo de alfabetização). Foi o tempo do trabalho conjunto com os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, das infindáveis discussões com o chamado 'pessoal da Academia', com os assessores locais da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e com profissionais dos Serviços sobre modelos de atendimento e formação de recursos humanos para a saúde. Este foi um período muito marcante na vida profissional de Eleutério. Lembro da sua angústia, só amenizada após conver-

sas com Cecília Donnagelo. Ali, ele viu o delineamento claro do seu projeto político. A certeza do caminho a ser trilhado, não importando as dificuldades a serem vencidas. E foram muitas, a mais séria o transtorno que isto causaria em nossa vida familiar, transformando nossa rotina.

Voltando ao Rio de Janeiro em 1983, desta vez trabalhando no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ele consolida suas idéias e afirma sua liderança no planejamento da saúde. A partir daí o perdemos de vista. Afastado completamente da Universidade (UFRJ) e dedicando-se inteiramente ao Planejamento de Saúde, mal tinha tempo de fazer conosco a primeira refeição do dia. O café da manhã era servido antes das sete porque as crianças e eu iniciávamos cedo nossas atividades! Ele se levantava e participava da nossa mesa sem reclamações. Isto foi significativo para nós porque já era folclórico o seu mau humor ao amanhecer: ele poderia levantar e trabalhar às oito, mas acordaria mesmo somente às onze ou meio dia, em contra partida, estaria completamente 'aceso' e produzindo até a madrugada. Esta e outras concessões ficaram em nossa lembrança familiar, fazendo com que, ao lado do respeito houvesse sempre nosso carinho brincalhão por esse pai tão sisudo.

Chegou a Nova República e a 'disputa' com sua agenda foi ficando cada dia mais difícil: para ganhar

tempo, o secretário geral fazia reuniões na hora do almoço, mas, para garantir a única refeição em família, levava seus convidados para almoçar em casa! E assim seu tempo conosco foi se reduzindo e esgarçando nossa trama familiar que, só não foi de todo rompida porque sua índole autoritária não permitiu rupturas definitivas. Talvez nosso talento para 'restauradores' fosse maior do que supúnhamos.

Foi difícil para as crianças entenderem a ausência do pai, especialmente na vida escolar, já que antes ele participava das suas atividades. Mas aceitávamos todos os sacrifícios em nome dos nossos objetivos e com a certeza de estarmos contribuindo para o desenvolvimento do país. Acompanhávamos de perto sua trajetória, íamos aonde ele fosse, e às vezes discutíamos aspectos das suas atividades e ligados à sua postura. Pouco a pouco, porém, esses momentos foram se tornando escassos e, por vezes, éramos apenas espectadores.

A década de 1980 terminou com a queda do Muro de Berlim e o desmoronamento de outras ilusões relacionadas ao 'socialismo real'. Para completar, a década de 1990 trouxe Fernando Collor à Presidência da República – pessoalmente, acho que aconteceu em Brasília, como consequência talvez da frustração, uma grande diáspora entre os socialistas.

Vi Eleutério se isolando do grupo, enfatiado em realizar a rotina

da assessoria parlamentar na Câmara de Deputados, distante dos filhos – que se tornaram adultos sentindo a falta da sua assistência – e insatisfeito com seu trabalho na Universidade. Enfim, descontente com o que fazia e distanciado do seu projeto de vida original, ele passa a pensar na sua individualidade e na juventude que já ia embora. Eleutério queria saborear a vida com a volúpia que ela merecia e que a austeridade da sua formação e a dedicação ao seu projeto político não lhe permitiram. Iniciava mais uma cruzada, desta vez em busca da felicidade e do prazer de ser simplesmente Léu.

Nossa parceria, já consolidada pelo respeito e amor mútuo, transformou-se em cumplicidade. Acompanhei-o à distância. Infelizmente para nós, esses já poderiam ser sintomas iniciais do processo que o acometeu. Ignorantes e despreparados, deixamos que saísse para lutar por mais essa quimera, sem saber que esta batalha não seria vencida por ele.

Ao pensar em Eleutério, a imagem que me vem é a de um Quixote em busca do ideal. Um visionário, cujo escopo foi a liberdade. Credo profundamente em todas as bandeiras que defendia e queimando-se no fogo de suas paixões, ele criava uma aura de sedução que encantava quem com ele se relacionasse. Conviver com esse 'militante 24 horas' não foi simples, mas, com cer-

teza, foi uma experiência singular, muito rica e muito feliz, cujo vácuo dificilmente será superado.

## Do amigo Eleutério

### About the Friend Eleutério

José F. N. Paranaguá de Santana

Coordenador do Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS) no Brasil

A história dos processos sociais pode ser elaborada a partir de distintos pontos de vista. Ao ser convidado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) para escrever um depoimento sobre a contribuição de Eleutério Rodriguez Neto para a história da saúde pública brasileira, resolvi contar um pouco do que vi e participei na companhia desse grande amigo ao longo dos últimos 30 anos. Farei uma apreciação de cunho pessoal, orientada apenas pelos registros de memória.

Conheci Eleutério quando fomos contemporâneos de Faculdade de Medicina, na Universidade de Brasília (UnB), no início dos anos 1970. Ele era mais adiantado do que eu alguns anos e interno; logo a seguir, residente de clínica médica, da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (Uiss), quando ali cheguei para o quarto ano do curso – era o hospital escola de um curso médico organizado em novas bases, voltado para o ensino da medicina integrada, a

partir de um cenário de práticas de saúde que englobava diferentes graus de complexidade: desde o atendimento domiciliar até o cuidado intensivo hospitalar. Aprendemos a pensar a saúde de uma forma holística, situando o ser humano no contexto de suas relações culturais, sociais e econômicas; aprendemos a atuar em saúde, buscando articular nossas ações no contexto dessas relações.

Essa referência a nossa base comum de aprendizagem tem, a meu ver, muita relação com as histórias de nossas vidas profissionais. Aquela época foi marcada por importantes discussões e movimentos de mudança na educação médica brasileira, com experiências curriculares sendo implantadas em muitas escolas. O curso de Brasília despontava como o mais ousado de todos, acompanhando o processo mais amplo de criação da universidade que almejava ter a marca genial da nova Capital, na concepção original de seus idealizadores. Entretanto,

tal qual sua urbe e todo o país, nossa universidade e seu curso de medicina sofriam os efeitos da ditadura militar, que circunscrevia limites para a criatividade e a liberdade acadêmica, além de afugentar ou impedir a fixação de intelectuais, pesquisadores e professores que certamente teriam contribuído para fortalecer e ampliar seus projetos curriculares e de desenvolvimento científico e cultural.

A despeito dessas limitações, que de resto se faziam presentes em todas as instituições universitárias brasileiras, as primeiras turmas da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB vivenciaram um projeto de formação profissional que, além dos aspectos inovadores do currículo propriamente dito, era tributário de um modelo de atenção à saúde que, em escala local, antecipava os ideais reformistas do sistema nacional de saúde – universalidade, equidade e integralidade – cuja consolidação doutrinária somente ocorreria



muitos anos depois, na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Não pretendo avaliar a importância das inovações do curso médico de Brasília ou mesmo sua relação com o conjunto dos movimentos de mudança curricular das profissões de saúde no país. Ressalto o tema apenas porque sei como o mesmo interessava a Eleutério e quanto ele lamentou a evolução recente e a situação a que chegou o nosso curso: isolado dos demais cursos da área de saúde, em uma unidade acadêmica específica – a nova Faculdade de Medicina da UnB –, centrado em um hospital que atravessa uma longa crise de funcionamento e de articulação com a rede de saúde do Distrito Federal – o Hospital Universitário de Brasília (HUB) – e distanciado dos ideais que eram sua razão de ser trinta anos atrás. Dessa viagem pelas minhas recordações, trago a impressão de que, se para tantos a experiência do curso médico de Brasília pouco adiantou, para outros, entre os quais me incluo junto com Eleutério, foi uma experiência marcante na medida em que conferiu a direção e o sentido de nosso engajamento no campo da saúde pública.

Logo que terminou a residência de clínica médica na Uiss, Eleutério dedicou-se ao estudo da articulação entre educação e saúde como mes-trando do Departamento de Medici-

na Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Em sua dissertação sobre integração docente-assistencial<sup>1</sup> nos chamou a atenção, entre outros aspectos, para o caráter periférico e dependente dos movimentos de reforma da educação médica brasileira em relação aos Estados Unidos.

Em 1974, impossibilitado de ingressar no corpo docente da USP por censura política, Eleutério foi trabalhar no recém criado Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde estava sendo implantado, mediante cooperação técnica com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES). Foi a partir dessa base de trabalho que ele desenvolveu intensa atividade de consultor de recursos humanos, influenciando tanto os programas de pós-graduação de saúde da própria UFRJ, como muitos outros projetos de reforma do ensino da saúde no Brasil e em vários países da América Latina. Além dessas funções, sempre desempenhadas com competência e afinco, Eleutério desenvolveu intensa atividade política de articulação entre grupos de docentes e pesquisadores nas universidades, e gestores e técnicos nos serviços de saúde, cumprindo uma agen-

da que, já nessa época, passamos a denominar de movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, em parte, se explica seu engajamento mais acentuado a partir da virada dos anos 70/80, na política e na ação programática governamental do setor saúde. Foi destacada sua atuação na formulação do Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo governo federal, em 1981, como enfrentamento para a crise do modelo assistencial previdenciário e, no seu bojo, do projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS). Contudo, as razões maiores de seu envolvimento com esses projetos e seu principal sucedâneo – o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) –, os precursores do atual Sistema Único de Saúde, não devem ser buscadas em motivos, de ordem teórica ou conceitual, relacionados ao ensino médico ou mesmo à sua articulação com a organização dos serviços de saúde. Essa motivação tinha muito mais a ver com sua opção política e ideológica naquela fase da história do país, com todas as implicações e significados que teve essa opção, tanto em sua vida profissional como pessoal.

Foi nesse período de trabalho, pautado na participação em iniciativas, propostas e movimentos so-

<sup>1</sup> RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Integração docente-assistencial em saúde: origens, implicadores e perspectivas*. 87f. 1979. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 1979.

ciais, bem como em projetos e programas de governo que visavam mudar o panorama das políticas públicas nas áreas de saúde e de educação de seus profissionais, que voltei a conviver mais de perto com Eleutério. Assim deu-se meu engajamento no CEBES, na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e na Rede UNIDA (ou, mesmo antes, nos projetos IDA), compartilhando ideais que Eleutério e tantos outros companheiros disseminavam em suas publicações e debates críticos sobre o temário da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. O mesmo ocorreu no campo do serviço público, ao qual nos dedicamos em tempo integral, participando de grupos de trabalho e de equipes técnicas que se inseriam na estrutura do governo para construir viabilidade e desencadear operações transformadoras dos processos de produção, oferta e consumo de bens e serviços de saúde de forma mais equânime e universal. Por estes motivos, tive a satisfação de trabalhar e a oportunidade de aprender com Eleutério durante sua passagem pela Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (1981-82) e pelo Departamento de Planejamento de Saúde da Direção Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (1982-84).

A atuação técnica e política de Eleutério durante os governos militares o credenciou para o destacado papel que exerceu na Nova República, quando ocupou, durante um ano, o cargo de Secretário Geral do Ministério da Saúde. A partir daí, dedicou-se à constituição do Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília, de onde capitaneou uma série de projetos e atividades de cooperação técnica e de mobilização política, que influenciaram praticamente todas as fases e os desdobramentos do processo de Reforma Sanitária em curso no País. Penso que seu projeto de doutorado<sup>2</sup> foi uma das expressões mais evidentes do entrosamento entre a vida acadêmica e a militância na política de saúde. Para quem acompanhava a vida de Eleutério nessa época, era muito fácil perceber essa ligação, que se refletiu tanto no processo de elaboração quanto transparece no produto final. Talvez seja essa a razão pela qual o autor não conseguiu o reconhecimento acadêmico de sua tese que, afinal, será divulgada em publicação da Editora FIOCRUZ.

A aliança entre a docência e a investigação em saúde pública, e a militância nos processos sociais e políticos focalizados no setor saúde foi a marca que Eleutério imprimiu à sua vida e, dessa forma, tem exercido enorme influência sobre mui-

tos de nós, que dividimos com ele o trabalho de ensino e pesquisa, e a atuação nas entidades da sociedade civil e nas instituições do aparelho do Estado. Sua contribuição para o processo da Reforma Sanitária Brasileira evidencia-se, portanto, sob vários aspectos, tanto na construção de seu projeto doutrinário como na formulação e operação de programas de governo.

Mas, o que eu gostaria de ressaltar nesse depoimento é a importância que líderes, como Eleutério, exercem sobre pessoas que dedicam suas vidas em prol da construção de um mundo mais justo e mais feliz; e que acreditam, como ele, que esse ideal passa pela organização de um sistema de saúde equânime, integral e universal.

<sup>2</sup> O texto "Saúde: promessas e conquistas da constituição" foi apresentado inicialmente ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, em 1988 e, posteriormente, à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

## (D)A IDA ao SUS

### The Journey to SUS

Francisco Eduardo de Campos

Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON)

Provavelmente, o envolvimento de Eleutério com uma das mais criativas e profícuas experiências inovadoras da educação no Brasil, que foi o curso médico da Universidade de Brasília, com a proposição de uma visão sistemática ao invés do que se fazia tradicionalmente, tenha sido a grande motivação inicial para seu início de carreira. Em minha observação pessoal, os alunos das primeiras gerações, segundo um sentido comum, se envolvem muito mais na construção das propostas pedagógicas que aqueles que entram quando as coisas já se 'rotinizaram'. E, se tratava, de fato, de um projeto fascinante. A presença de José Roberto Ferreira como vice-reitor, de Luiz Carlos Lobo como diretor do Centro de Ciências da Saúde, e de personagens como Henri Jouval Júnior, Frederico Simões Barbosa e de outros tantos, que se moveram para Brasília pela motivação de criar uma experiência inédita, distante do arquétipo tradicional de organização

dos cursos, deu àquela experiência um tom fortemente inovador.

A inédita reflexão sobre a integração entre o processo de ensino e os serviços, ainda hoje dificilmente ou explicável ou traduzível ao mundo anglo-saxônico, foi a porta de entrada de Eleutério no mundo acadêmico. É nesta direção que ele prepara sua dissertação de mestrado, *Integração Docente Assistencial em Saúde*, defendida em 1979. Este trabalho foi, certamente, uma das grandes inspirações para os que se debruçaram sobre o tema, como ao autor destas notas.

É importante ter em mente que, em meados dos anos 1970, o Brasil viveu uma experiência inédita e extremamente profícuo no campo de Recursos Humanos, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Este programa, proposto ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) por técnicos pertencentes à Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), para surpre-

sa geral, recebeu o apoio financeiro solicitado. Diante da recusa de várias instituições de operacionalizá-lo, coube ao Ministério da Saúde (então dirigido pelos novos sanitaristas José Seixas e João Yunes) executá-lo, e ele o fez por delegação à Organização Pan-americana da Saúde. O Programa consistia em três eixos básicos, que eram: 1) a implementação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos, visando preparar especialmente as Secretarias Estaduais de Saúde para lidar com essa função; 2) o projeto 'Larga Escala', que visava o reconhecimento institucional e a capacitação dos atendentes de enfermagem, que representavam um grande contingente de trabalhadores do país; e 3) o projeto de integração docente-assistencial, visando aproximar as academias dos serviços de saúde.

Foi recrutada uma equipe técnica de alto gabarito, destacando-se o seu coordenador, futuro diretor da OPAS, Carlyle Guerra de Macedo, e a

enfermeira Isabel Santos, uma das mais importantes pensadoras da educação para adultos no país. Juntam-se ao grupo, posteriormente, Roberto Passos Nogueira e José Paranaçu de Santana, este último, também egresso da Universidade de Brasília. Não caberia aqui discorrer sobre os demais componentes, mas o projeto de Integração Docente-Assistencial encontra na figura de Eleutério um importante aliado. Neste momento, ele já havia deixado São Paulo, onde cursara seu mestrado, juntando-se à equipe do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Após o refluxo do período inovador da Universidade de Brasília, sob intervenção militar, o grupo mais propositivo da inovação havia se juntado a este organismo, que era uma *joint venture* entre a Organização Pan-americana da Saúde (O CLATES) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (O NUTES). Em seu componente internacional, o CLATES brasileiro tinha a seu cargo a região sul-americana, enquanto o mexicano cuidava do hemisfério norte.

O Programa havia sido concebido por técnicos da Organização Pan-americana da Saúde, liderados pelo ex-vice-reitor da Universidade de Brasília, que neste momento ocupava o cargo de Diretor de Recursos Humanos da OPAS, em Washington.

Uma discussão muito rica, realizada ao final da década de 1970, foi a de que as reformas educacionais se autocircunscreviam, carecendo de reformas que se promovessem, também, nos serviços de saúde. A 'idéia-força' era a de que pouco adiantava formar um novo profissional se os serviços permanecessem os mesmos. Por outra parte, a compreensão do mercado de trabalho médico, inspirado pelos trabalhos da mestra Cecília Donnangelo, complementava este pensamento.

Foi, exatamente, o fim do 'milagre' econômico que trouxe a oportunidade de repensar a assistência à saúde no Brasil. E aí se destacaram dois projetos: a substituição do sistema GIH (fator incontrolável de corrupção, segundo Gentile de Melo) pelo sistema AIH, inspirado no modelo DRG dos seguros federais norte-americanos e que teve seu grande ensaio na minuta de convênio entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Educação, aplicando-se aos hospitais universitários. Apesar da resistência a essa modernização, posteriormente universalizada para todo o setor privado a partir do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) no início dos anos 1980, teve impacto fundamental no desenho do sistema de saúde no país. O segundo projeto, estreitamente vinculado ao Eleutério, que teve nele papel protagonista, foi o desenvolvimento das Ações Integradas de

Saúde, que criou instâncias de diálogo entre os prestadores públicos de serviços de saúde.

É verdade que experimentações importantes, como haviam sido o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (projeto Montes Claros) e, posteriormente, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), funcionaram como piloto a partir dos quais passou a fazer sentido o projeto universalizante que veio a ser, logo após, o Sistema Único de Saúde (SUS). Há, então, uma convergência entre a integração docente-assistencial, via PPREPS e projeto do Norte de Minas, com a transformação dos serviços de saúde que é embrionária no PIASS e ganha fôlego, como política de saúde, a partir do advento das Ações Integradas de Saúde. Certamente, a migração de um grupo do NUTES para a direção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), dentre o qual estava Eleutério, seria a forma de potencializar a atuação reformista para além das instituições acadêmicas.

Minha convivência mais próxima com Eleutério começou no início de 1985. Encontrava-me em uma reunião em Fortaleza, quando recebi sua ligação para desdobrar minha passagem de regresso a Belo Horizonte e passar por Brasília. Assim o fiz. Iniciava-se a Nova República, Carlos Sant'Anna havia sido designado Ministro da Saúde e Eleu-

tério fora convidado para ser o Secretário Geral do Ministério. Haviam discutido profundamente – ele e Roberto Passos Nogueira – qual deveria ser a função da Secretaria de Recursos Humanos (SRH), assumindo um papel mais de formulação de políticas que tomasse todos os níveis de formação e de trabalho em saúde que de execução e indução de treinamentos, sem fim, que se repetiam por todo o país. Fui convidado para a função de Secretário de Recursos Humanos. Difícil decisão, a de aceitar um cargo sob a supervisão de um especialista na matéria. Claramente, eu vinha do campo da formação da docência universitária e minha ‘logomarca’ era o Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG, projeto de integração docente-assistencial, que tinha sido objeto da dissertação de mestrado do ‘chefe’.

Havia, ademais, uma decisão a ser tomada, na medida que eu era muito vinculado ao grupo do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Hésio Cordeiro havia sido indicado para a presidência do INAMPS e já conversáramos sobre uma possível colaboração no campo de Recursos Humanos. Seria, talvez, mais lógico que outro notório especialista no campo, que vivenciara toda a experiência do PPREPS, José Paranaguá de Santana, assumisse a SRH/SG/MS e que eu assumisse a direção de Recursos Humanos do

INAMPS. Por motivos alheios a ambas as vontades, a situação se inverteu: aceitei a SRH e Paranaguá deslocou-se para o Rio, onde faria estudos na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e dirigiria a coordenação de Recursos Humanos do INAMPS.

Creio que essa ponte foi de extrema riqueza, dado que todos os conflitos que surgiram em outros níveis não afetaram a área de recursos humanos, na qual houve um nítido processo de trabalho profícuo, conjunto e potencializador. Acredito ter sido um trabalho extremamente rico neste um ano em que ocupei o referido cargo. Trabalhamos arduamente em vários campos, mas o que mais se destacou foi o de capacitação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, INAMPS e do próprio Ministério da Saúde. As AIS, ao colocarem lado a lado quadros técnicos de distintas procedências, com culturas institucionais distintas, geravam um ‘estranhamento’ entre os mesmos. Da mesma forma, a convivência entre profissionais de saúde, com diferentes planos de remuneração e proteção, gerou toda uma discussão em torno da isonomia salarial, tema verdadeiramente candente ao longo deste ano.

Durante este período, convivi muito de perto com Eleutério, com Lúcia Ipyranga e com os filhos do casal, Sylvia e Pedro Paulo. Com a reforma ministerial, promovida no início de 1986, nos afastamos

do Ministério da Saúde e passamos a nos dedicar, de corpo e alma, à organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este evento, ímpar na história brasileira, exigiu um grande esforço por parte dos técnicos ali envolvidos, sob a liderança de Sérgio Arouca. Posteriormente, estivemos juntos nas distintas conferências temáticas e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária que se reuniu em diferentes pontos do país tratando de subsidiar o que estaria escrito na Constituição e nas leis que regem o sistema de saúde. Participei também com Eleutério, da Comissão estabelecida na Universidade de Brasília para subsidiar a redação da Constituição.

O trabalho conjunto com Eleutério criou profundos laços de amizade. Trabalhamos juntos e aprendi a admirá-lo por sua enorme coerência, sua fidelidade aos amigos e sua clarividência. Mais tarde, juntei-me aos quadros da Organização Pan-americana de Saúde e, ainda lá, tive várias oportunidades de trabalhar com Eleutério no plano internacional, destacando-se a consultoria para a criação da Faculdade de Medicina de Bahía Blanca, na Argentina. O último trabalho que fizemos em conjunto foi uma consultoria à Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Minas Gerais e à Secretaria Municipal de Saúde de Betim, que pretendiam estabelecer associação para a cri-

ação de uma Faculdade de Medicina inovadora.

A progressão de sua enfermidade veio a nos privar do amigo e do líder. Fica, entretanto, uma marca indelével. O SUS, que se destaca da maioria dos sistemas de saúde do continente, por ser universal e equitativo, certamente, deve muito a este seu arquiteto que foi Eleutério Rodriguez Neto.

# Integração Docente-Assistencial em Saúde

## Teaching-Assistance Integration in Health

Eleutério Rodriguez Neto

Eleutério Rodriguez Neto é pós-graduado em Medicina Preventiva na Universidade de São Paulo (USP). Foi secretário geral do Ministério da Saúde (1985-1986) e atualmente dirige o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília (UnB)

### INTRODUÇÃO

Em Saúde e, no processo de formação de profissionais de saúde, têm surgido periodicamente algumas 'modas', que muitas vezes são assumidas e abandonadas pelas instituições e grupos profissionais, sem que haja uma reflexão mais aprofundada sobre os seus reais significados e as suas implicações técnicas e políticas.

A intenção deste artigo, que se baseia em trabalho mais amplo, realizado a título de dissertação de mestrado, é caracterizar a Integração Docente-Assistencial (IDA) em suas duas dimensões: a racionalizadora ou reformista e a politizada ou com potencialidade transformadora.

Assim, mais do que uma modernização do processo de planejamento coordenado do binômio ensino/assistência, a IDA se apresenta como mais um momento evolutivo desse processo, nas sociedades capitalistas, cumprindo fun-

ções nem sempre claras e explicitadas, podendo levar a resultados distintos de acordo com os diferentes e, às vezes, conflitantes posicionamentos frente à proposta.

A intenção pois, do trabalho, é oferecer alguns elementos que permitam um posicionamento crítico frente ao tema e, assim, uma prática consistente e conseqüente na área de formação de recursos humanos para a saúde.

### ORIGENS E DETERMINANTES

Houve tempo em que certas propostas 'novas' eram incorporadas às práticas de saúde e de educação depois de períodos bastante grandes, às vezes décadas, após terem surgido em suas formas originais, em outros países, habitualmente, os 'desenvolvidos' e freqüentemente os próprios Estados Unidos. É o caso das propostas do Informe Flexner, da Medicina Integral e Preventiva, e da Medicina Comunitária.

O primeiro desses 'movimentos', o 'flexneriano', que propunha a separação entre ensino básico e clínico - o Hospital das Clínicas como principal estratégia de treinamento médico e a 'departamentalização' da estrutura universitária - surgiu e começou a ser implantado nos Estados Unidos em 1910. Entre nós, América Latina, apenas no início da década de 1950, com a criação dos cursos de Medicina de Ribeirão Preto e de Cáli (Colômbia).

A Medicina Integral e Preventiva, que surge nos Estados Unidos no fim da década de 1940, só começa a ser incorporada pelas Escolas Médicas Latino-Americanas na década de 1960, culminando com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e, no Brasil, a instalação de duas Escolas inspiradas na idéia do 'médico integral', Brasília e Experimental da USP.

A Medicina Comunitária, que tem suas origens nos programas de desenvolvimento social do governo

Kennedy, no início dos anos 1960, já estava sendo amplamente difundida pelos programas acadêmicos da América Latina, na década de 1970. No decorrer do tempo, como se pode verificar, o período entre o surgimento e a aplicação 'periférica' da proposta começa a decrescer, chegando ao caso da IDA, que adquire uma força como 'movimento' apenas alguns anos (mais ou menos cinco) depois de ter sido lançada como estratégia racionalizadora para os sistemas de serviços e formação de recursos humanos nos Estados Unidos, no começo dos anos 1970.

Esse 'período de latência' tem que ser compreendido, antes de tudo, como reflexo das tendências do capitalismo internacional, no qual vai desaparecendo gradualmente a noção polar de centro/periferia e introduzindo-se a idéia de 'setores' mais ou menos desenvolvidos dentro da mesma totalidade social. Assim, as problemáticas do mundo capitalista passam a ser cada vez mais comuns e generalizadas, assim como as suas propostas de solução. Outro fato notório é a aproximação temporal cada vez maior entre um 'projeto' e outro, indicando a gradual e permanente crise de realização do sistema.

Sérgio Arouca analisa profundamente a questão da Medicina Integral e Preventiva em seu trabalho *O Dilema Preventivista*, demonstrando o 'ideológico' da proposta, isto é, a sua insuficiência técnica para responder as necessidades objetivas que a

justificaram; no entanto poderosa como rearticuladora no plano do discurso, de uma prática não mais que reformista, conservadora e asseguradora dos interesses então prevalentes da sociedade capitalista, em geral, e do setor saúde, em particular.

Cecília Donnangelo, em *Saúde e Sociedade*, discute amplamente a Medicina Comunitária, caracterizando-a, assim como a Preventiva, como 'movimento de reforma médica', isto é, projetos racionalizados que se propõem a modificar parcialmente a prática médica, sem intervir nas suas tendências e determinantes essenciais, atendendo às necessidades de prevenção da estrutura social vigente, e a responder à questão da demanda crescente versus recursos insuficientemente destinados ao setor.

Essas categorias de análise parecem ser suficientes para compreender as reais dimensões da IDA. Surgida no mundo capitalista, num período de grande estrangulamento das políticas sociais, com uma pressão social cada vez maior, em uma situação de deterioração gradual do nível de vida e de saúde da população, com insuficiência do quadro institucional para uma resposta correspondente, apresenta-se como uma proposta racionalizadora, visando a um tempo um planejamento mais adequado e racional dos recursos humanos para operar o Setor Saúde e a potencialidade de se imprimir ao mesmo um maior

dinamismo, eficiência e projeção. Manifesta-se, pois, como uma das vertentes estratégicas dos planos de extensão de cobertura de serviços de saúde, indissociada também da noção de Atenção Primária e Regionalização dos Serviços de Saúde.

Embora, num primeiro momento, mais dirigido à reformulação de programas acadêmicos (nível superior), a idéia da IDA propõe-se a atingir outros níveis de formação profissional, na medida que a estrutura educacional deverá articular-se com uma de prestação de serviços, que inclui os vários níveis de atenção e os distintos grupos técnicos profissionais.

Considerando a conjuntura sócio-sanitária em que surge a IDA, a natureza reformista da sua proposta, isto é, o fato de não ir aos reais determinantes do atual quadro social e sanitário, mas apenas propor uma 'nova' lógica de planejamento integrado (ou coordenado) intersetorial, pode-se caracterizar a IDA em suas articulações com os programas de Extensão de Cobertura, como mais um movimento de 'reforma médica' na perspectiva, acima referida, de Donnangelo.

#### IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS

Tornando-se, de certa forma, uma realidade ou um fato objetivo, na medida que passa a fazer parte de propostas oficiais, de planos de governo e projetos para sua implemen-



tação são aprovados, cabe aqui discutir as reais possibilidades desses programas e as suas perspectivas.

Divulgada através de Organismos Internacionais e Fundações estrangeiras, a proposta da IDA manifesta-se no Brasil através de um programa interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) que se propõe a implantar 10 áreas Docente-Assistenciais, especialmente no Nordeste e, por alguns projetos isolados, incentivados por várias circunstâncias ou apoiados por mecanismos externos de financiamento.

Todos, utilizando, como substrato oficial de motivação a Lei nº 6.229/75, que cria o Sistema Nacional de Saúde, ou melhor, define o papel de cada uma das instituições que prestam serviços no Setor Saúde e concitam uma melhor coordenação entre as mesmas.

Ora, o que ocorre na realidade é que, envidados os mais sérios esforços, através das mais competentes equipes técnicas, central ou localmente, todos esses projetos têm tido dificuldades, quase intransponíveis, até o momento, para se viabilizarem. Descartando as experiências de meros 'arranjos' de campo de prática, providos por acordos quase pessoais, é impossível se dizer hoje que, pelo menos no Brasil, haja um programa da IDA em saúde, de acordo com os princípios básicos enunciados em alguns docu-

mentos fundamentais, especialmente os do PPREPS e da Organização Pan-americana da Saúde (OPS).

Os motivos? Pode-se tentar identificar em vários níveis. O primeiro que compromete a sua viabilidade técnica parece estar ligado à falta de instrumentos legais que possam, de fato, assegurar a regionalização e a articulação interinstitucional, inter e intra-setorial. No entanto, esses são motivos que remetem a um outro nível: é possível transformação ou pelo menos a correção (e até a expansão) da natureza e abrangência dos serviços de saúde através de uma reforma eminentemente pedagógica como é a IDA? Aqui podemos, pois, retomar a categoria trabalhada por Arouca em relação à Medicina Preventiva para denunciar o caráter altamente ideológico da proposta da IDA, na medida que serve a um discurso reformista, idealista, voluntarista, que não corresponde à explicação real dos fatos e a uma prática conseqüente, mas sim distorcida e que pode servir de 'Caixa de Pandora' a todos os males do sistema de saúde brasileiro e quiçá da própria saúde do povo brasileiro.

Esta 'chamada à realidade' não tem, no entanto, a intenção maniqueísta de negar a IDA como uma estratégia, com possibilidades progressistas, no sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde de uma realidade social-sanitária mais objetiva que a evidenciada (idealizada e distorcida) habitual-

mente pelas Universidades e seus Hospitais de Clínicas. Tem sim o propósito de dar elementos de juízo para identificação de situações que tenham uma possibilidade, além da racionalizadora, transformadora, seja da realidade de prestação de serviço, seja do conteúdo curricular. Esta última colocação, que pode a uma primeira vista, ser paradoxal em relação às considerações anteriores, baseia-se num aspecto contido na proposta da IDA e que, usualmente, não é valorizado. Ou, por outro lado, se valorizado pode imprimir um caráter mais 'politizado' à proposta, nem sempre desejável. É a questão do binômio trabalho/estudo, cuja dicotomia pode ser encarada como uma das condições que asseguram o caráter de classe da sociedade capitalista e cuja integração é uma condição de superação dessa mesma situação.

Assim poder-se-ia dizer que a IDA tem uma potencialidade transformadora (resguardados os limites estruturais e conjunturais) enquanto não encarada simplesmente como uma estratégia de articulação interinstitucional ou programática, mas implicar uma real aproximação dos agentes e dos seus efetivos e direitos objetos de trabalho, entendendo que esses objetos a uma vez são também agentes do processo – professores, alunos, profissionais de serviços, pacientes, população. Só, portanto, de uma prática real, isto é, em condições reais, com propósi-

tos concretos, objetivos e democráticos, se poderá compreender, conhecer o objeto de trabalho; e conhecer no sentido do poder intervir sobre ele, transformá-lo.

Nessa dimensão, que é algo a ser conquistado como condição para uma formação profissional relevante e comprometida com profundas transformações sociais, a IDA pode ser uma estratégia a se recorrer.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, A. Sérgio. da S. *O Dilema Preventista*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Campinas, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Integração Docente-Assistencial em Saúde*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1979.

PROGRAMA DE PREPARAÇÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAL DE SAÚDE (PPREPS). *Programa de Trabalho*. Brasília, DF: MS/MEC/OPS, 1976.

———. *Integração Docente-Assistencial*. Informe de um seminário. Brasília, DF: 1976, mimeo.

## O pai, dois pais

One Father, Two Fathers

Sylvia Ypiranga

Médica, mestre em Dermatologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

### A ÚLTIMA LIÇÃO

Uma das últimas coisas que o meu pai me ensinou foi que “uma vida sem problemas é privilégio dos medíocres”.

Como aprendiz contestadora que sou (ou como ele me ajudou a ser), aceito esta frase com ressalvas. Papai não era uma pessoa medíocre, nem tampouco tinha uma vida sem complicações. Entendo que ele, como sempre, me mostrava o lado glamouroso das intempéries com as quais nos parávamos mais de uma vez. Entretanto, gostaria que fosse só isto... Ou talvez, eu invejasse a felicidade simples daqueles que ele considerava ‘medíocres’.

### OS AMIGOS

O que eu e meu irmão vivemos, como filhos do papai, é muito difícil de contar num só capítulo. Ele não isolava as partes de sua vida. O nos-

so pai nunca se separou do Eleutério-do-Partidão, do Leleco-do-Balacobaco, do Eleutério-do-CEBES, do Eleutério-do-NUTES, do Eleutério-do-NESP, do Eleutério-da-OPAS, do Eleutério-amigo, do Eleutério-inimigo, do Eleutério-político, do Eleutério-companheiro e de tantos outros Eleutérios amados e odiados.

A nossa vida era compartilhada com os amigos: sempre compartilhamos o papai com os amigos. Acredito que se houvesse alguma coisa que papai pudesse congelar e carregar sempre consigo, essa ‘coisa’ seria os amigos, mesmo que eles não soubessem disso. É legal que ele receba, nesta homenagem, o carinho dos amigos, mesmo que ele não saiba disso.

### O QUE FOI

Papai foi meu pai por opção. Mamãe costumava dizer que ele foi escolhido; ele contestava: ele que tinha nos escolhido.

Numa época em que nem a ‘amizade colorida’ ou a ‘produção independente’ tinham sido inventadas, papai e mamãe desafiaram os costumes. Desde pequena, eu sempre gostei de dizer: “meus pais namoraram, eu nasci e eles casaram”, como se fosse a coisa mais natural do mundo. E, com o rabo de olho, adorava ver as carinhas de surpresa dos meus coleguinhas de vida normal.

Não foi uma situação fácil de ser encarada, mas estava muito longe de ser razão para fazer qualquer um de nós três infeliz, pelo contrário, meu primeiro ano de vida – não me lembro perfeitamente, é claro! – foi cheio de amor, no seu sentido real, longe de ser piegas.

Papai não morava conosco, mas estava presente. Não trocava minhas fraldas à noite, mas a qualquer hora que pudesse fazê-lo, desembaraçava-se melhor do que qualquer um. Cozinhava super bem, e um ‘arroz com ovinho’ feito por ele desbançava os outros banquetes que eram

preparados para mim. Na minha opinião, porém, o mais importante, para a minha felicidade, era o carinho, a cumplicidade e a admiração mútua que existia entre ele e minha mãe. Tanto era assim, que minha avó, mãe do papai, mesmo com todo o preconceito da sociedade, percebeu que um não poderia viver longe do outro. Foi ela quem questionou por que eles não ficavam juntos e, bancando o cupido, os reuniu.

Claro que nem tudo podia ser como eles queriam. Não pude entrar com os noivos na igreja – chovia muito! Mamãe, num micro-vestido verde escuro, com um chapéu roxo-batata, estava linda. Papai era pura alegria. Seu sorriso, cheio de dentes, parecia tatuado no rosto. Digo isso com base em fotografias e na expressão de seus rostos, cada vez que se referiam ao casamento, anos e anos depois.

A essas alturas, já havíamos deixado Brasília. Papai passou a preceptor de residentes na Universidade de São Paulo (USP), mamãe e eu nos mudamos com ele para São Paulo e, lá, papai foi obrigado a tirar pela primeira vez aquela barba de Lincoln. Como eu chorei! Aquele não era meu pai! Muito tempo depois, ele voltaria a tirá-la e eu, já adulta, poderia nem ter chorado, mas chorei de novo: aquele também não era o meu pai!

Nossa adaptação foi dura. Durante um ano eu era só da mamãe e ela só minha. Agora nós tínhamos que nos dividir e, ainda por cima,

dividi-lo. Soma-se a isso uma frustração profissional experimentada por cada um deles; vivemos outro período complicado.

Tudo devidamente superado e agora no aconchego, seguindo a máxima 'depois da tempestade vem a bonança', chegaram novidades: Pedro Paulo estava a caminho. Surgiu a possibilidade de um bom trabalho no Rio para o papai e do concurso na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para a mamãe. Nos mudamos para lá, onde fomos uma família feliz, pelo menos na minha ótica daquele momento.

Talvez por causa da disputa inicial pelo amor da mamãe ou pela incrível semelhança de personalidade que tínhamos, papai e eu dividíamos um sentimento de cumplicidade e concorrência, ingredientes importantes para o crescimento das pessoas.

Sei do orgulho com que ele se referia às nossas proezas junto aos amigos. Para nós, contudo, este sentimento vinha transmutado em senso crítico. Cada vez que conseguíamos superar esta crítica, o seu orgulho aumentava.

Alguns pais se derretem com as gracinhas de seus filhos. O papai também era assim, só que não era qualquer menininha cantando a música do 'Chapeuzinho Vermelho': que despertava esse 'babão'. As nossas proezas tinham que ser mais elaboradas.

Existem duas histórias minhas, quando criança, que ele gostava de

contar. A primeira aconteceu quando, aos três anos, meu irmão perguntou ao papai por que a cor do comunismo era vermelha. Ele não sabia como responder; gaguejou, pigarreou, por fim, eu o interrompi, olhei para o meu irmão com a minha cara entojada de 'é óbvio' e disse: "o que é que tem na veia de todo mundo, seja rico ou seja pobre? Sangue! Nas revoluções, o que se derrama? Sangue! Qual a cor do sangue? Vermelha!" Papai se derretia e repetia, "eu nunca pensei assim!" Mais tarde, feminista feita, aos oito anos, uma amiga do papai me perguntou o que eu acharia se fosse criado o Ministério da Mulher. Mais uma vez, com aquela cara, eu respondi: "Acho errado. Tem que ter mulheres nos Ministérios e não o Ministério da Mulher!" Baba, papai, baba.

Por estas e por outras, um dos muitos rótulos que ganhei foi o de 'Mafalda'. Fui também 'Bruxinha', 'Patrulha', 'Dona Bicadinha 2', 'Buscapé', 'Cri-cri'... Para cada um destes nomes, uma personagem e um único pai.

Papai era um entusiasta da educação. Ele e mamãe estudavam muito, participavam das nossas vidas escolares, como poucos pais faziam à época. Mudamos muitas vezes de escola; era uma busca incansável até que achassem aquela que casava com o ideal deles – o Centro Educacional Anísio Teixeira (CEAT). Às vezes, eu e meu irmão tí-

nhamos a impressão de que ele gostava mais da escola do que de nós, mas apesar de realizado como pai de aluno daquela escola, a vida continuava e Brasília nos esperava. Nos mudamos em busca de ideais profissionais, políticos e sociais, que acredito, se não foram alcançados, estiveram muito perto disso.

Lembro-me ainda das reuniões clandestinas do Partidão. Naquela época eu não sabia do que se tratava. Sabia apenas que mamãe esperava angustiada até a volta do papai; e ele sempre voltou.

Depois, veio o movimento pela Anistia 'ampla, geral e irrestrita'. As reuniões do CEBES todas as segundas-feiras, à noite; o movimento sanitário; as Diretas Já; a Nova República; a legalização do PCB; a 8ª Conferência Nacional de Saúde; a Constituinte; a Lei do Sangue e a Lei Orgânica da Saúde. Em cada um desses momentos, uma causa que ele abraçava, uma nova concorrência para dividir a atenção do papai. Dentro do possível, comungávamos, destes movimentos, com ele e, desta forma, estávamos mais próximos.

As crianças crescem, seguem caminhos próprios. Papai não se sentia um pai frustrado pelo nosso desempenho como seres humanos. Éramos justos, como ele sonhou; politicamente coerentes e, por isso, motivo de orgulho para ele.

Escolhi a sua profissão e, ao iniciar o curso na mesma escola em que ele estudou e na qual ainda ensina-

va, ele não cabia em si de tanto orgulho. Realmente, acho que este foi o ponto máximo a que ele poderia chegar enquanto meu pai. Na faculdade, nós não éramos 'um a sombra do outro', tínhamos nossas vidas e idéias independentes, o que muitas vezes terminava em discussão.

Em várias ocasiões eu quis desistir da minha opção profissional. A cada fraquejada, ele me amparava e mostrava que pelo menos aquela etapa eu deveria concluir, porque se eu mudasse de idéia poderia retomá-la depois. E assim, de etapa em etapa, cheguei ao que sou hoje e estou muito feliz por ser dermatologista, por estar iniciando uma carreira acadêmica e buscando novos desafios.

Sinto falta dele me criticando ou, silenciosamente, se inchando de orgulho.

## OBRAS DO DESTINO

O destino também tripudia... Houve uma coincidência entre a época de início do quadro degenerativo e a nossa saída de Brasília. Tentávamos nos manter próximos, mas tudo era muito complicado e só se explicou alguns anos depois. Como nós brigávamos, como não nos entendíamos, como nos silenciávamos e como nos afastamos.

O destino tripudia mesmo... Os planos eram voltarmos para Brasília; voltamos por apenas seis meses e tudo o que fiz nesse período se resume no esforço em resgatar meu

pai. Longe de qualquer mediocridade (e no limite de uma novela mexicana), estávamos eu, o Rodrigo e a mamãe, às voltas com a mudança, com a readaptação profissional, e eu já esperando o nascimento de Laura e Sofia, no meio do mestrado, lutando para proteger e guardar um papai bem diferente.

Uma pessoa não muda de caráter, mas de comportamento. A mentira sempre foi a maior inimiga do papai e de repente passou a ser a sua maior aliada. A dissimulação era a sua máscara. Aquele não era o meu pai! Cadê o meu pai? Ninguém sabia. Os amigos não sabiam, nós não sabíamos, mas havia um instinto inexplicável para a busca. E nós não desistimos dele. Cada vez que nos aproximávamos, ele nos escapava; se o pegávamos, ele se esvaía por entre nossos dedos. Até que o alcançamos.

Hoje eu o vejo como dois. Existe um pai na minha memória: elegante, sedutor, orgulhoso, contestador, crítico e polêmico. Este 'meu pai' está sempre em companhia de algumas pessoas que hoje só habitam a minha memória: são os amigos como o Ricardo Lafetá, a Cecília Donnangelo, o Menezes, camaradas como o Eric, todos fazendo parte de uma história imutável. Outros companheiros da minha lembrança deste 'meu pai' fazem parte de um grupo que pode continuar a sua história, como o Temporão, a Sarah, o Agenor, o Arouca, o Trajano, o Lobo

e tantos outros. Há ainda a lembrança daqueles que participaram de todas as fases da vida do papai, sem medo de conhecer aquele que é o meu 'outro pai', como os muito queridos Jouval, Joana, Alina e Moisés.

É deste 'segundo pai', com quem venho convivendo e tentando conhecer, que vou falar um pouco. Ele não fala; ele nos olha e nos remete ao que pode ser mais puro na sua existência. Ele não tem crítica dos seus atos, muito menos dos nossos. Ele é terno com duas pessoinhas muito especiais: suas netas.

Laura e Sofia só conheceram este avô e elas o amam. Elas surgiram na minha vida quando aquele 'meu pai' saía; como se eu pudesse contemplar a Lua e o Sol da minha vida, sem que um nunca encontrasse o outro.

É vantagem ter dois pais? Acho que não, mas cresci tendo que enfrentar este fato e descobri o amor diferente que sinto por cada um deles. Hoje, vejo que se eu e meu irmão sentíamos falta dele nos momentos em que se dedicava de corpo e alma ao movimento sanitário, sentimos muito mais falta dele agora, quando já não se dedica à causa, nem a mais nada.

## Apresentação: Gentile de Mello, Carlos. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo, CEBES: HUCITEC, 1981

Introduction. Gentile de Mello, Carlos. *The Health System in Crisis*. Sao Paulo, CEBES: HUCITEC, 1981

Eleutério Rodriguez Neto

*A apresentação do livro de Carlos Gentile de Mello foi escrita por Eleutério Rodriguez Neto, naquele momento presidente da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). No entanto, por solicitação do próprio autor, consta da publicação com a assinatura de José Gomes Temporão, "Presidente do CEBES, em exercício". Temporão ocupava a 1º vice-presidência da Diretoria Nacional, integrada ainda por Paulo Duarte de Carvalho Amarante (2º vice-presidente), Maria Eliana Labra (1ª Secretária), Jaime de Araújo Oliveira (2º Secretário), Maria Inéz Souza Bravo (Tesoureiro) e Francisco Campos Braga Neto (Suplente).*

*O motivo para não se identificar era por, desde o ano anterior, ocupar o cargo de Coordenador de Planejamento da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), iniciando a estratégia de "ocupação dos espaços institucionais", cuja defesa é realizada no próprio texto, "para reverter as atuais tendências". A identificação da autoria, considerava Eleutério Rodriguez Neto, poderia atrapalhar tanto a estratégia traçada pelo movimento sanitário quanto evidenciar a 'infiltração do agente publicista' na Previdência Social.*

*Observe-se que além da aguda e intensa crítica ao modelo econômico, às condições sociais e de vida do povo brasileiro, à privatização do setor saúde, o texto contém uma proposta de trabalho para o CEBES na defesa de um "sistema único de saúde", sem maiúsculas, isto é, quando ainda não constituía o nome próprio do sistema nacional de saúde brasileiro, "integrando ações preventivas e curativas e por meio da fusão do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde".*

*Publicar novamente esta apresentação, desta vez identificando o verdadeiro autor, resgata sua produção intelectual e registra o fato histórico tal qual ele efetivamente ocorreu.*

Os Editores

### APRESENTAÇÃO

A contínua, vigorosa e incansável atuação de Carlos Gentile de Mello na frente da batalha por melhores condições de vida e saúde do povo brasileiro, representada por sua atividade de articulista, por sua participação em eventos, os mais variados, aos quais tem levado a sua contribuição crítica, e por uma profícua produção intelectual, tem

reafirmado da forma mais objetiva e concreta a identificação das suas linhas de pensamento e trabalho com as do CEBES. E não há por que não dizer mesmo que, como sócio do CEBES, o Dr. Gentile tem sido um dos seus mais entusiastas lutadores.

O CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – vem pautando sua atuação nesse período pela ampla e democrática discussão dos problemas de saúde nacionais, pela

análise das políticas oficiais do setor e pela construção de alternativas a elas, orientado por uma firme convicção da determinação e condicionamento dessa realidade pela conjuntura socioeconômica que se tem atravessado.

É assim pois que o CEBES tem a grande e justa satisfação de novamente trazer à comunidade de profissionais de saúde, docentes e estudantes mais uma coletânea de artigos de

Carlos Gentile e Mello, em seqüência àqueles contidos em *Saúde e Assistência Médica no Brasil*, editada nesta mesma Coleção em 1977.<sup>1</sup>

Daquela data à de hoje não se pode dizer que ocorreram mudanças substanciais no que tange às grandes diretrizes da política econômica nacional e, particularmente, em relação à política nacional de saúde. Não tendo, no entanto, havido reorientações, pode-se afirmar com segurança que um agravamento das condições econômicas e uma queda acentuada dos níveis de vida e de saúde da população brasileira são fatos inequívocos que têm levado a um novo dimensionamento de espaço político. Isto é, apesar de não haver mudado o modelo econômico e ele continuar a ser concentrador e injusto, levando ao acesso diferencial a bens e serviços, é apresentado um projeto de distensão política como conquista das camadas da população mais afligidas pelas distorções e crise do sistema. Assim também no setor saúde, novas perspectivas institucionais começam a se impor, não sem imensas resistências dos principais beneficiados

pelo atual modelo de prestação de serviços, isto é, a indústria privada da saúde no Brasil.

Dessa forma, a luta por melhores condições de saúde da população não pode ser entendida apenas como conseqüência da conquista da democracia e de melhor nível de vida; tem que ser travada também no interior das instituições, para se reverter as atuais tendências; isto é, contra a privatização do Setor Saúde e a favor de um Sistema Único de Saúde, para o que alguns dos passos seriam a integração das ações preventivas e curativas através da fusão do Ministério da Previdência e Assistência Social ao da Saúde e o reforço dos serviços próprios do Estado.

No entanto, as promessas da 'abertura' tampouco têm-se apresentado como alicerces dessas aspirações, o que torna imperiosa, mais do que nunca, uma vigilância severa e uma crítica aguda dos caminhos trilhados pela Política Nacional de Saúde, como condição para se assegurar o avanço das conquistas democráticas, na sociedade como um todo e no Setor Saúde em particular.

E é a serviço dessas propostas que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, através, entre outros, do trabalho de Carlos Gentile de Mello, vem orientando a sua prática.

A vasta produção do dr. Gentile neste período vem trazer, no entanto, a dificuldade já identificada por ocasião da edição do livro anterior, qual seja a de selecionar os artigos que devem compor o livro. O primeiro ímpeto é o de simplesmente agrupar cronologicamente todas as suas comunicações, de forma a não perder um ato sequer da crônica da Saúde no Brasil, da qual é também ativo protagonista. A óbvia impossibilidade de responder a esse impulso nos faz selecionar dentre os textos produzidos em 1978 e 1979 aqueles mais representativos das situações, problemas e permanente crise que vive o Setor Saúde no Brasil. Foram agrupados de acordo com três grandes temas – Política Nacional de Saúde; Assistência Médica; e Educação Médica, e apoiados por alguns artigos de fundo escritos nesse período ou no imediatamente anterior.

Reconhecendo a quase injusta e certamente imperfeita seleção, o CEBES está seguro, no entanto, de

<sup>1</sup> Na página 2 do livro de Carlos Gentile de Mello, era desta forma que a entidade se apresentava: "O CEBES organiza-se em grupos locais, por cidade, e anualmente realiza sua Assembléia Nacional de Delegados dos Núcleos, oportunidade na qual estabelece sua política geral de publicações e trabalhos e elege sua Diretoria Nacional. O CEBES mantém uma linha editorial publicando trimestralmente a revista *Saúde em Debate* e livros das coleções *Saúde em Debate* e *Saúde e Sociedade*".

Entre novembro de 1976 e 1980 foram lançados dez números da *Saúde em Debate*, em tese uma revista trimestral mas que durante todo o ano de 1979 não fora publicada. Em 1981, a nova Diretoria Nacional do CEBES implementava a face editorial da entidade, editava os números 11 a 13, com novos formato e diagramação, embora, no ano seguinte, tenha voltado a apresentar descontinuidades.

Este livro de Gentile foi o quarto volume da Coleção *Saúde em Debate*, precedido por *Saúde e Assistência Médica no Brasil* do próprio Carlos Gentile de Mello (1977), *Ensaio Médico-Sociais* de Samuel Pessoa (1978), e *Medicina e Política* de Giovanni Berlinguer (1978). [N.E.]



que o acesso sistemático ao pensamento de Carlos Gentile de Mello sobre a Saúde Brasileira e suas mazelas, que este livro facilitará, é elemento essencial para uma prática em saúde consciente, crítica, criativa e comprometida com a superação das causas que desencadeiam e mantêm as subcondições de vida e de saúde do nosso povo.

*José Gomes Temporão*  
*Presidente do CEBES, em exercício*

## Encontros de vida

### Encounters of Life

Henri Eugene Jouval Júnior

Ex-professor da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ex-secretário de Planejamento e de Medicina Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), funcionário da Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS)

#### SOBRADINHO 66

A obra sempre fica.

Por isso aplaudo entusiasticamente a iniciativa da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) de dedicar um número da *Divulgação em Saúde para Debate* em homenagem ao Eleutério. Já era hora!!! Sinto-me, também, profundamente honrado e agradecido por ser um dos convidados a participar da empreitada.

Reconheço que vivi de perto grande parte de sua trajetória pública, profissional, familiar e pessoal, razão pela qual o considero quase irmão.

Assim, não posso escrever sobre ele sem me emocionar e, de antemão, peço perdão à Lúcia, à Sylvia, ao Pedro Paulo, aos seus pais, irmãos e amigos mais chegados, por involuntárias intromissões, omissões e distorções que posso cometer no meu relato.

Nossos destinos se cruzam em 1967, nos primórdios da criação da

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), experiência que depois ficou conhecida, no meio da Educação Médica, como 'Brasília 66' ou 'Sobradinho 66'. Não era a única. Para referência e complemento, os principais projetos análogos contemporâneos foram o currículo experimental paralelo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o caso de Campinas e, um pouco depois, o de Montes Claros no norte de Minas Gerais.

Não cabe aqui aprofundar análises acadêmicas sobre tais experiências inovadoras do ensino médico que ocorreram naquela época, inseridas na onda das reformas pós-Flexner, incentivadas, no plano nacional, principalmente pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), pela incipiente Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e pela Comissão de Ensino Médico do Ministério de Educação e Cultura (MEC), mesmo porque elas já foram exaustivamente estudadas.

No que diz respeito à de Brasília, o próprio Eleutério faz uma brilhante interpretação crítica da mesma, com uma perspectiva histórica desde sua fundação, em um texto que também está publicado neste número de *Divulgação em Saúde para Debate*, escrito para a comemoração dos 25 anos de formatura da primeira turma de 1970. Vale a pena ler com atenção, tanto pela densidade do conteúdo, quanto porque deixa evidente um de seus traços marcantes que foi nunca conceder nada no plano teórico-doutrinário quando era convocado a ocupar uma tribuna.

O que posso fazer é contar estórias em grandes pinceladas.

Entretanto, para poder entender o Eleutério universitário é necessário retroceder e comentar algumas coisas relacionadas com o cotidiano daquele período.

A série "Os Anos Dourados" ou o livro *1968, o ano que não terminou*, de Zuenir Ventura, retratam de for-

ma magnífica o clima do Brasil da época. É neste contexto que se deve procurar compreender por que grupos 'rebeldes' de livres docentes, ligados à ABEM, ao Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e à cadeira de clínica médica do professor Clementino Fraga Filho na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, críticos do modelo de ensino vigente nas treze Faculdades de Medicina existentes, aliaram-se com sanitaristas de renome e médicos bem sucedidos dos Institutos de Aposentadoria e Pensão da Previdência Social, em especial do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC)/Hospital de Ipanema e do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado (IPASE)/Hospital dos Servidores, para aceitar o desafio, proposto pelo fundador da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Barroso do Amaral, de criar uma faculdade totalmente nova, partindo do zero, na Universidade de Brasília, ainda impregnada das idéias de Darcy Ribeiro.

De um modo muito sintético, a proposta incorporava, no plano pedagógico, os conceitos centrados mais na aprendizagem do que no ensino. O ciclo básico, cuja estrutura derivava da formulação da medicina compreensiva, feita pela *Western Reserve* dos Estados Unidos, consistia na organização por módulos interdisciplinares segundo os sistemas orgânicos, e dava ênfase

se a aplicação permanente do método científico pelos alunos. O ciclo profissional, no qual se promovia a aprendizagem em serviço, como um internato contínuo, tinha como plataforma os conceitos de Medicina Integral, ou seja, o modelo de Leavell e Clark. Os campos de treinamento para o ciclo básico eram os laboratórios multidisciplinares do 'Minhocão', enquanto que para o ciclo profissional era a comunidade de Sobradinho, uma das cidades satélites de Brasília. Para isso, a UnB e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal assinaram um convênio no qual a Faculdade se responsabilizava pela atenção integral à saúde da população (coletiva e individual), assumindo a direção da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (Uiss). Destaca-se que, desde aquela época, com base no Plano Diretor de Saúde do Distrito Federal (DF), a Fundação Hospitalar já operava com uma modalidade de convênio com a Previdência Social, repassando para a Fundação o pagamento da atenção aos seus segurados. Sobradinho seria, nos moldes atuais, a comunidade 'saudável' da Faculdade. A Uiss servia como seu hospital de ensino, que, de acordo com a regionalização do Plano Diretor de Saúde do DF, estava classificada como uma unidade de nível secundário.

Minha entrada nesta história foi como auxiliar de ensino, acesso para a carreira universitária, para

trabalhar em Sobradinho na área de Medicina Geral; entenda-se Clínica Médica.

Eleutério era aluno da primeira turma que iniciava o ciclo profissional em Sobradinho, daí nosso ponto de encontro na vida. Vale assinalar que ele, que já vinha com antecedentes de militância política dos movimentos estudantis secundaristas em Campinas, quando esteve inclusive preso, fez, na época do vestibular, uma opção consciente pela Universidade de Brasília.

Como sempre, a realidade foi diferente dos planos, e o desenrolar do projeto 'Brasília 66' não seguiu à risca suas pretensões teóricas. De um modo esquemático, pode-se resumir que o componente do ciclo básico, cujo local era a sede da Faculdade em Brasília, e cuja moeda era, necessariamente, a meta acadêmica, mantinha-se intocável nos seus princípios, contando com todo o entusiasmo e compromisso dos docentes de maior hierarquia e pioneiros da proposta.

Sobradinho, por outro lado, ambiente do ciclo profissional, representava a interface da prática de prestação dos serviços de saúde. A operação da Uiss, embora sob a direção dos chefes de serviços, isto é, professores titulares e adjuntos, estava sustentada, no dia-a-dia, pelos professores assistentes, auxiliares de ensino e pelos alunos.

Já no segundo ano, começava a terminar a lua-de-mel da Faculdade

com Sobradinho, que se tornava, cada vez mais, um caldeirão, onde fervilhavam, de modo confuso e empírico, questões doutrinárias e práticas, não resolvidas, que depois foram sendo pouco a pouco batizadas como 'Medicina Comunitária', 'Medicina Social', 'Regionalização Docente Assistencial', e tantas outras. Simplificando muito, a realidade mostrava, principalmente aos que lá trabalhavam, que o conceito de Medicina Integral, levado à prática com a melhor das intenções e compromisso por um corpo de médicos-docentes que conheciam o método clínico e a atenção médica individual, não abarcava as dimensões do social e do coletivo, obrigatórias para atender com integralidade a saúde da população de Sobradinho.

Também, de modo sutil e submerso, mascarado pelas discussões conceituais do que fazer para atualizar o projeto, nascia outra fonte de divergências. Um contingente cada vez maior do corpo docente dirigente, por suas origens e aspirações naturais, manifestava a inquietação que, para o seu futuro desenvolvimento profissional e acadêmico, era essencial que a Faculdade tivesse um hospital de muito maior complexidade, no habitual estilo dos tradicionais Hospitais de Clínicas. Para eles, Sobradinho era apenas um peso do ponto de vista assistencial, e deveria ser uma unidade hospitalar tolerada para permitir manter o treinamento básico da graduação em Medicina Geral.

Na ocasião, poucos foram os que entenderam, de fato, que a grande vanguarda do projeto piloto 'Brasília 66', era, na realidade, a oportunidade de 'Sobradinho 66'.

No cenário descrito, precocemente, começaram a aparecer duas correntes internas, sobretudo no corpo docente: um grande grupo, contestando os rumos e a manutenção do modelo da Uiss, e uma minoria - da qual compartilhávamos eu e alguns outros professores assistentes e auxiliares de ensino - defendendo a ampliação e as idéias originais de Sobradinho. Os alunos, em sua maioria, respondiam com entusiasmo à convocatória do trabalho na Unidade Integrada de Sobradinho.

Eleutério, que, ademais de sua participação e prática política no Diretório Acadêmico (Geral) da Universidade de Brasília, era aluno destacado e reconhecido no plano acadêmico, líder nato, com grande inteligência verbal, imagem corporal elegante e sedutora, protótipo do estudante intelectual de esquerda da época, admirado entre o pessoal feminino da Uiss, formou, junto com Ricardo Lafeté Novaes, Antônio Paulo Menezes, Sylvain Levy, Humberto Haydt de Mello, José Silvério, Eduardo Queiróz, e alguns mais, um núcleo de liderança entre os seus companheiros de turma para reivindicar a essência dos princípios fundacionais da Faculdade e a importância de incorporar os aspectos sociais a partir do que já existia em Sobradinho.

De algum modo, eu liderava o movimento equivalente entre alguns docentes mais jovens, razão pela qual foi automático que, em pouco tempo, esse nosso pequeno grupo de professores, se identificasse cada vez mais com os alunos do que com nossos próprios pares docentes. Tínhamos pouca capacidade de argumentação, por sabermos que, sem reformulações, Sobradinho se esgotaria, mas faltava clareza sobre o que propor. Por outro lado, contávamos com a aliança do poder, já que José Roberto Ferreira, vice-reitor da UnB, Luiz Carlos Lobo, diretor da Faculdade e Agnelo Alberto Collet, diretor da Uiss, os três pilares básicos da fundação da Faculdade, percebiam perfeitamente o que estava em jogo, e verdadeiramente lideravam o debate dos temas centrais. Eles incentivavam estratégias alternativas superadoras, mobilizavam a divulgação e o apoio internacional e nacional da experiência, e facilitavam o acesso a novas fontes e redes de conhecimento. Sem dúvida, essa crise institucional interna obrigou a que entre nós aumentássemos de imediato a dedicação ao trabalho e à ação, uma maior participação política, mais criatividade na construção de alternativas e, sobretudo, o aprofundamento do estudo e da análise crítica, que hoje, reconheço, talvez tenha sido a melhor semente e a maior conquista resultante deste período de nossas vidas.

Aqui é imperativo fazer um corte para ressaltar, também, o apoio inestimável que recebemos de três fadas madrinhas: Giovana Camara, Alina de Almeida Souza, enfermeiras, e de Lúcia Ypiranga, nutricionista, todas auxiliares de ensino como eu, que, desde o início, não só se somaram ao esforço, como foram as nossas gurus e guias importantes de orientação teórico/prática. As três já chegaram em Brasília com pós-graduação estruturada em Saúde Pública no exterior, e, portanto, serviam de referência para nos explicar o 'abc' da saúde coletiva.

Detalho Lúcia Ypiranga por motivos óbvios. Não era só a competência, a inteligência e a suavidade, desnecessário, no caso, reafirmar. Lúcia era muito bonita, sensual, forte personalidade, vôo próprio, independente, insubmissa, completamente diferente do padrão feminino da época. Era cortejada por todos os 'Don Juans' que circulavam. Era a nossa 'Leila Diniz'. Também era a mais questionadora, a mais desafiadora nas discussões críticas sobre o encaminhamento dos assuntos de Sobradinho. Enfrentava conceitualmente Eleutério, que já se destacava no plano doutrinário. Como atuei muito de moderador e de articulador entre o 'poder' e o 'movimento', inclusive na mediação das crises entre Eleutério e Lúcia, me atrevo a pensar que eram 'farinha do mesmo saco', e que isso foi um gatilho da atração afetiva gera-

da entre os dois. No fundo, era uma admiração mútua entre gigantes, era um pecado da inteligência.

e: Para dar uma medida do quilate que eles eram, faço uma digressão cronológica para contar que, de passagem, apesar da relação amorosa estável e publicamente assumida entre eles, não foi fácil chegarem ao consenso se deveriam casar, de papel passado e firma reconhecida. Porém, quando decidiram, lembro-me bem da altivez com que o fizeram, tendo a filha Sylvia, de um ano, como mestre de cerimônia.

Entre 1967 e 1972, sucederam-se numerosas iniciativas e programas de intervenção comunitária e de investigação-ação, que permitiram revitalizar e sustentar a experiência de Sobradinho. Houve o engajamento progressivo dos alunos das turmas seguintes, todas com participação decidida deste núcleo original de alunos e do tipo de Eleutério. Menciono algumas iniciativas porque forjaram o arranque de uma geração de líderes: o inquérito de morbimortalidade da população atendida na Uiss, a partir da auditoria dos prontuários médicos do arquivo central, reorganizado por Fabíola Aguiar Nunes; o perfil de morbidade da cidade de Sobradinho conduzido por Lúcia e Alina; a tentativa pioneira de implantação do Serviço Social Médico Obrigatório para os recém-formados, com a instalação do Campus Avançado de Barra do Garça, no interior de Goiás, no

marco do projeto Rondon. A supervisão dos alunos que permaneciam no local era feita em revezamento trimestral entre Plínio Caldera Brandt, Alcimar Guerra de Macedo, irmão de Carlyle, eu, Eleutério, Ricardo Lafetá e Menezes, então residentes; o projeto de Planaltina, *bunker* de Paranaçu. Eleutério participou da gestação e da implantação de todos estes projetos. Foi desta fornalha que saíram, em série, figuras posteriores como Mosconi, Franz Rulli Costa, Maura Pacheco, Paranaçu, Ana Costa, Gastão Wagner, e os esquecidos que respeitem as limitações de meus neurônios sexagenários.

No entanto, a segunda invasão militar da Universidade de Brasília, em 1968, iniciou uma nova fase, porque instalou um fator externo, deliberado e sistemático, desde a Reitoria para desestabilização e desarticulação da Faculdade que roeu toda a estrutura, incluindo Sobradinho. José Roberto Ferreira, que não podia compactuar, deixou a vice-reitoria e emigrou para a Divisão de Recursos Humanos da Organização Pan-americana da Saúde (OPS) em Washington, integrando-se ao grupo coordenado por Ramon Villareal, no qual se aglutinaram também personagens como J. Pillet, Carlos Vidal, Juan César Garcia e Maria Isabel Rodriguez.

Luiz Carlos Lobo, por seu histórico temperamento destemido, Agnelo Collet, por sua invejável habilidade política, contaram, no primei-

ro *round*, com o apoio maciço do corpo docente e discente (no qual a participação do Eleutério foi decidida e decisiva). Aproveitando a indignação generalizada, causada pela brutal agressão sofrida pela instituição, lideraram a resistência. O eixo da Faculdade deslocou-se, naturalmente, para o único reduto possível: Sobradinho. O projeto 'Brasília 66', agora estava politizado e polarizado, o que, momentaneamente, favoreceu o impulso, a viabilidade e a vitalidade das iniciativas sociais e comunitárias citadas anteriormente, até 1972. Mas seu lastro persistiu, e marcou indelevelmente as gerações futuras dos alunos destas primeiras turmas até o cancelamento do convênio com a Fundação Hospitalar e a devolução definitiva da Uiss à Secretaria de Saúde do DF, em 1978.

Em setembro de 1970, Lobo foi subitamente demitido da Direção da Faculdade, mas não desistiu e ensaiou a contra-ofensiva. Collet logo compreendeu que a derrocada final era questão de tempo, e aceitou o convite do professor Fraga para participar, no Rio de Janeiro, da implantação do Hospital Universitário do Fundão da UFRJ, mas morreu, repentinamente, em um acidente. Vários docentes, seduzidos pelo grande mercado de trabalho de exercício profissional especializado, emergente em Brasília, ou pelas promessas de um futuro Hospital de Clínicas para a Faculdade, veiculadas pela

Reitoria, usaram o argumento de uma demissão coletiva de desagravo ao Lobo e deixaram a Faculdade. Os 'últimos moicanos' éramos Lobo, eu, Eleutério, Ricardo, Menezes e os alunos.

O elevado nível de conhecimento e de evolução conceitual sobre os grandes temas da Saúde Coletiva, alcançados por Eleutério Rodriguez Neto, Ricardo Lafeté Novaes e Antônio Paulo Menezes, então residentes, em parte pelo vivido em Sobradinho mas provavelmente, mais influenciados pela corrente de Medicina Social que surgia no país, representada especialmente, pelos trabalhos de Juan César Garcia em seu clássico livro *Educação Médica na América Latina*, pelas investigações e pelos debates promovidos pelo grupo de Guilherme Rodrigues da Silva na Universidade de São Paulo, Sérgio Arouca em Campinas, Hésio Cordeiro na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Arlindo Gomes na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), abriram outros horizontes para os três. Embora com enorme conflito interno, eles sentiam a necessidade de avançar nos seus estudos, completar seus mestrados, enfim, correr o mundo e deixar Sobradinho, ainda que no meio do caminho. Sobradinho ficara pequeno. Precisavam voar mais alto. Acompanhei de perto a angústia deles. Queriam a minha benção, e eu a dei.

Em 1972, Eleutério e Ricardo foram realizar a pós-graduação

com Guilherme Rodrigues da Silva na Universidade de São Paulo (USP), e Menezes partiu para o mestrado na UFRJ.

Sobramos Lobo, eu e os alunos.

Em 1973, em meio a uma oposição já sem sentido, Lobo conseguiu a aprovação da Kellog para a instalação do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) no Fundão, e me convidou para co-participar da implantação. O professor Fraga me chamou para substituir Collet no Grupo de Implantação do Hospital do Universitário da UFRJ. Era uma honra. Era impossível dizer não. Aceitei.

Ficaram os alunos e, como fruto, toda uma geração de líderes atuais maravilhosos.

Só iria me reencontrar com Eleutério e Lúcia dois anos depois.

#### INTEGRANDO DOCÊNCIA E ASSISTÊNCIA NA ILHA DO GOVERNADOR DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Eleutério completou seu mestrado em Medicina Preventiva em dois anos (1972/73), no programa de Medicina Comunitária do Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, liderado por Guilherme Rodrigues da Silva, apresentando a dissertação "Integração Docente-Assistencial em Saúde: origens, implicações e perspectivas".

Sei que é deste período que nascem seus fortes vínculos com Cecília

lia Donnangelo, que exerceu enorme influência sobre ele, e a quem queria e admirava sobremaneira. Pude presenciar, mais tarde, como Eleutério ficou literalmente 'destruído' com sua morte precoce e inesperada. Também data desta época sua estreita relação com Moisés Goldbaum e Joana Azevedo, que se tornaram amigos de todas as horas, até hoje.

Embora o grupo de Guilherme Rodrigues da Silva tivesse interesse em agregá-lo definitivamente à equipe como docente, o Serviço Nacional de Informação vetou sua contratação. Incrível, mas ocorria de verdade!!!

Estava casado, com família, sem perspectiva de emprego, desperdiçado, indignado.

Luiz Carlos Lobo, agora diretor do NUTES e do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde da OPAS (CLATES), ofereceu-lhe pronta acolhida. Aliás, é preciso não deixar dúvida. Dar cobertura a casos semelhantes, frequentes neste terrível período brasileiro, sempre foi uma constante do Lobo. Eleutério não foi o único caso.

Eleutério migrava, mala e cuia nas costas, para o Rio de Janeiro, entrava como professor assistente da UFRJ e voltávamos, assim, a trabalhar juntos. Sua chegada no NUTES/CLATES não foi asséptica, e, como sempre, mudaria rumos.

Pouca gente sabe que a idéia do NUTES, depois NUTES/CLATES devido ao convênio internacional com a OPAS, surgiu, originalmente, em função de

Sobradinho. O motivo era simples. Decorria da necessidade imperativa de encontrar uma solução pragmática às exigências de aprendizagem e de capacitação em serviço dos alunos de Sobradinho, que, no cotidiano, distribuídos em escalas complexas, realizavam, como num internato contínuo, práticas de rotina dos serviços de saúde, incluindo ações na comunidade, na emergência, no ambulatório e na hospitalização. Desde então, o problema pedagógico básico da educação permanente do pessoal em serviço sempre foi o mesmo. As grades curriculares convencionais da educação formal, por melhor elaboradas que sejam, são estruturadas e insatisfatórias. Hoje em dia, no mundo da Internet e da capacitação à distância, isso é óbvio, é voz corrente e é até difícil conceber o contrário. O eixo conceitual do projeto, para o qual se solicitou financiamento à Fundação Kellogg e que contou com o apoio incondicional de Mário Chaves, pretendia que o aluno, como em uma gincana, de posse de um conjunto básico de metas e objetivos educacionais a cumprir durante seu currículo, e dispondo de acesso à informação técnico-científica, se possível com 'pistas' facilitadas didaticamente, pudesse realizar uma auto-avaliação periódica, utilizando, ou não, sistemas computacionais, embora estes fossem recomendáveis, devido à economia de escala. Quando se considerasse capaz, faria sua avaliação

institucional formal. Não era invenção brasileira nem de Sobradinho. A Universidade de Michigan já vinha aplicando o modelo. Foi de fato uma proposta precursora e muito antecipada no tempo.

A crise da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e de Sobradinho impediu e abortou a aplicação do projeto do NUTES naquele contexto de treinamento.

A quase obsessão e clarividência indiscutível do professor Carlos Chagas Filho em sempre incubar novas idéias em ciência e tecnologia trouxe o NUTES para o Instituto de Biofísica. Mais tarde, espalhou-se para toda a área da saúde da UFRJ, por proposição dos professores Lopes Pontes, diretor da Faculdade de Medicina, e Clementino Fraga Filho, presidente da Comissão de Implantação do Hospital Universitário.

Coerente com seu comportamento, Eleutério meteu-se 'de cabeça' no trabalho. O NUTES/CLATES estava envolvido, por inteiro, na promoção da educação médica no Brasil e na América Latina, devido à explosão de criação de novas Faculdades de Ciências da Saúde e das experiências de Integração Docente-Assistencial, que pululavam na década. Por suas origens, o NUTES/CLATES acabou contribuindo mais para a formação de profissionais dos serviços de saúde do país, do que para a própria UFRJ.

Para Eleutério isso significou a abertura de sua profícua produção como consultor em Recursos Hu-

manos, e obrigou sua intensa mobilização, tornando-o cada vez mais conhecido no âmbito nacional e internacional.

Destas andanças, parece-me importante ressaltar as participações do Eleutério que tiveram, na minha interpretação, repercussões de alto significado posterior.

Uma das responsabilidades institucionais do NUTES/CLATES para com a UFRJ era dar a disciplina conexas de Pedagogia Médica e Didática Aplicada para os cursos de mestrado e doutorado na área da saúde. As primeiras versões destes cursos estavam muito concentradas nas teorias e práticas pedagógicas, mas que, efetivamente, não contavam com o entusiasmo dos pós-graduandos, imersos nos seus estudos especializados das disciplinas fins.

Ao mesmo tempo, em meio ao clima político e social do país, as temáticas relacionadas com as reformas sociais e democráticas, com a saúde coletiva, com os reordenamentos dos arcaibouços institucionais médico-sanitário, médico-previdenciário e médico-educacional, estavam em franca ebulição, impulsionadas por diversos 'grupos' nucleados em instituições como os departamentos de Medicina Preventiva da Bahia, da USP, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), do Instituto de Medicina Social da UERJ, das Escolas de Saúde Pública da FIOCRUZ e de Minas Gerais, da ABEM e das inúmeras experiências de In-

tegração Docente-Assistencial em marcha. Esses grupos, se bem produzindo farto material de investigação e divulgando publicações de conteúdo analítico e crítico, encontravam-se dispersos, desarticulados, e, muitas vezes, até competindo entre si. Recordo-me das infundáveis acusações mútuas entre 'funcionalistas' e 'estruturalistas'.

Eleutério, por seus antecedentes e pela cooperação técnica prestada pelo NUTES/CLATES, circulava com facilidade entre todos eles.

No que me tocou assistir destes anos, desde meu ângulo de observação, e, obviamente sem desmerecer as contribuições de outros atores significativos, considero, pessoalmente, que três pessoas, além do Eleutério, exerceram papel fundamental para articular estes 'grupos' e passar a 'sábua mensagem' de que deixássemos de brigar academicamente entre nós, porque queríamos o mesmo objetivo. Sugeriram que iniciássemos uma frente mais ampla, externa e coordenada, buscando, inclusive, estabelecer alianças com a sociedade civil, com outros movimentos sociais e com os partidos políticos. Foram eles: Carlos Vidal, peruano, recém-chegado como consultor em Recursos Humanos da OPS no Brasil, Mário Hamilton, 'auto-exilado' da repressão na Argentina, e Arlindo Gomes da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Começava a germinar o Movimento da Reforma Sanitária e o 'Partido Sanitário'.

Eleutério ia deixando a educação médica para transformar-se em planejador de saúde e ia consolidando sua veia política. É por esta data, também, que eu o recorde pressionando violentamente a todos pelos corredores, com o carnê de filiação ao CEBES na mão, com o fim de angariar sócios e arrecadar recursos para a fundação e manutenção da entidade.

Quanto aos cursos do NUTES/CLATES para a pós-graduação, Eleutério tem a idéia – que, mais uma vez me coube ter de convencer o poder instituído –, de reordenar o conteúdo, diminuindo de maneira significativa o componente pedagógico, e fortalecendo a utilização de conferências, painéis, leituras, trabalhos de grupo, elaboração de relatórios, usando como documentos fontes, publicações internacionais e nacionais, centradas na Medicina Social e no Planejamento de Saúde. Muitas delas resultavam da produção acadêmica de todos esses 'grupos' citados. Os alunos passaram a saber, por exemplo, quem e o que eram Carlos Gentile de Mello, Hésio Cordeiro, Ernani Braga, Madel Luz, Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo, Juan César Garcia, Alma Ata, Cuidados Primários à Saúde, PREPPS....

A repercussão foi surpreendente. Os pós-graduandos, voltados naturalmente para a alta especialização da medicina, antes desmotivados, passaram a perguntar: "Por que não nos ensinaram isso no primeiro ano da graduação?!".



A nova estratégia adotada para os cursos da pós-graduação da UFRJ foi rapidamente generalizada para os demais cursos de Atualização e de Especialização que o NUTES/CLATES ministrava no Brasil e no exterior, com os mesmos benefícios. Não foi sem custos, gerando polêmicas internas no âmbito do NUTES e do CLATES.

Concluo o relato de mais este capítulo de minha vida profissional comum com o Eleutério citando outro fato, também esclarecedor da personalidade dele.

Lendo a série de publicações *Estudos e Documentos para a Implantação do Hospital Universitário da UFRJ*, e o livro do professor Clementino Fraga Filho *A Implantação do Hospital Universitário da UFRJ (1974/1978)*, fica evidente que pretendia-se criar um modelo muito maior e ambicioso. Na verdade, não era só concretizar um antigo sonho da Faculdade de Medicina da UFRJ em ter seu almejado Hospital de Clínicas clássico, ainda que supermoderno, e adequado às últimas recomendações da tecnologia e administração hospitalar disponíveis.

O que se desejava era, aproveitando como pretexto a implantação do Hospital e o que já se debatia, na época, sobre regionalização Docente Assistencial, estabelecer um Distrito Sanitário piloto na Ilha do Governador. O Hospital do Fundão seria a sua unidade terciária. Os prováveis impactos futuros sobre a formação de recursos humanos na área da Saúde

seriam óbvios, considerando-se a caixa de ressonância que representava a UFRJ, a Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, e a sede e a capacidade instalada do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Estando eu metido 24 horas por dia na tarefa de planejamento e de implantação do hospital do Fundão, Eleutério era minha fonte de consulta, no que se referia ao desenho do Distrito Sanitário. Havia uma divergência a resolver. Correntes importantes da UFRJ e da Faculdade de Medicina queriam que a gestão do futuro Distrito Sanitário estivesse subordinada e dependente da Divisão de Saúde da Comunidade do hospital, copiando o modelo canadense. Outros, em minoria, entre os quais eu me incluía, não acreditávamos nisso. Para nós, parecia essencial que o Distrito Sanitário respondesse a uma autoridade sanitária própria, encarregada de coordenar toda a jurisdição e todas as unidades de serviços de saúde envolvidas, segundo o estilo do Chile, para evitar que a Ilha do Governador visse a cumprir apenas o papel de população objeto de treinamento e de investigação da Universidade.

Depois de árdua e desgastante negociação política no interior da UFRJ, do qual participaram importantes figuras da época, conseguiu-se aprovar oficialmente a estrutura da Coordenação Sanitária da XX Região Administrativa do município do

Rio de Janeiro, e ainda mais, obter consenso sobre o nome do Eleutério para ser o coordenador. Festa total!!!

Nunca me esquecerei do fato: janeiro de 1978, o hospital prontinho para inaugurar, o auditório magno novinho em folha, repleto com as autoridades máximas da UFRJ, da Faculdade de Medicina, da Secretaria de Saúde do Estado e do município, Hugo Alqueres e a alta direção do INAMPS em peso, corpo docente em massa, tudo preparado para assistir a conferência do Eleutério como futuro coordenador da Região Sanitária.

Ele fez uma apresentação magnífica, mas implacável - como costumava ser quando se tratava do doutrinário e quando chamado a um palanque político. O conteúdo foi fortemente marxista e na platéia seleta havia gente que sabia fazer a leitura. Em resumo, nunca assumiu, foi demitido antes de tomar posse e o tal Distrito Sanitário rolou água abaixo.

Foi uma das minhas maiores brigas pessoais com o Eleutério e quase rompemos. Menezes também. No entanto, acompanhando suas atuações em anos seguintes, acho que lhe serviu de lição e de amadurecimento.

Até 1980, Eleutério permaneceu no NUTES/CLATES, mas distanciando-se cada vez mais do cotidiano da instituição para dedicar-se ao CEBES e ao movimento sanitário.

O NUTES/CLATES ficara pequeno para ele.

Assim, foi quase natural e esperado, quando em 1981, aceitou o convite de Marlow Kwitko, recém-nomeado como Secretário de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em Brasília, na administração Jair Soares, que o levou para a Coordenação Médica.

Cedido pela UFRJ, arrumou novamente as trouxas e retornou a Brasília.

#### RACIONALIZANDO O CALEIDOSCÓPIO DE MODALIDADES ASSISTENCIAIS NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Na Secretaria de Serviços Médicos do MPAS, Marlow, como secretário, e Eleutério, como coordenador, depararam-se com uma situação bastante complexa.

O Ministro da Previdência era Jair Soares e o da Saúde, Waldyr Arco-verde. Ambos do Rio Grande do Sul, vinham com antecedentes de uma eficiente gestão na Secretaria de Saúde do Estado e de formarem equipes de trabalho de excelente qualificação técnica. Nas suas fases ministeriais continuaram atuando em parceria e constituíram a Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN, de caráter intersetorial, composta pelos secretários gerais dos Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e delegados de nível decisório de diversas outras instituições.

A Previdência Social como grande fonte financiadora da atenção

médica, crescera na década do milagre econômico do Brasil dos anos 1970 e financiava um grande número de 'modalidades assistenciais' por todo o país, tanto para o setor público quanto para o privado.

Em grandes linhas, só para recordar a miscelânea, existiam, como principais, os sistemas de pagamento ao setor hospitalar privado contratado, estruturado em torno da Guia de Internação Hospitalar (GIH), que pagava por ato médico, e o Plano de Pronto Ação, o famoso PPA, que sustentava a atenção ambulatorial, cuja expressão máxima era o Boletim de Atendimento de Urgência (BAU). Some-se a isso, a iniciativa do FAS, que procurava estimular a revitalização de um parque hospitalar privado empresarial moderno, em substituição às Santas Casas.

Porém, havia também, além do custeio orçamentário dos hospitais e Centros de Pronto Atendimento (PAM) da própria Previdência, herança dos antigos institutos, a expansão do FUNRURALO, os convênios MEC/MPAS para os Hospitais de Ensino – que já utilizavam o pagamento por grupos de patologias –, os convênios de co-gestão com os hospitais do Ministério da Saúde, os convênios de repasse de recursos para programas das Secretarias de Saúde (fruto do PIASS), os convênios empresas, e muito outros. Cada um deles obedecia a momentos, concepções, interesses e lógicas distintas da evolução da Previdência, muitas

delas contraditórias entre si, que se foram acumulando no tempo.

Ainda mais, coexistindo neste mesmo caleidoscópio, fervilhavam em todo o território, tentativas pilotos de modelos racionalizadores e integradores, resultantes da convergência de uma série de movimentos que já vicejavam e se confrontavam no ambiente sócio-sanitário e médico do país, tais como as propostas de vanguarda da Reforma Sanitária, bem como os projetos de modernização da Administração de Serviços e da Gerência Hospitalar, simbolizadas pela Associação Brasileira de Hospitais e o PROHASA, cujo braço operativo era a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Algumas de suas expressões mais concretas foram o Plano de Racionalização Ambulatorial e o desenvolvimento do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH), que viria substituir a GIH, realizada na Superintendência do INAMPS do Paraná; os projetos de articulação e integração do setor público de Niterói e Campinas; o convênio Trilateral do Rio Grande do Sul; a co-gestão do Instituto Nacional do Câncer (INCA); a generalização da aplicação do convênio MEC/MPAS; a formulação do PREVSAÚDE pelo Ministério da Saúde e a OPAS.

Assim, a tarefa de Marlow e Eleutério era administrar e normatizar todo este emaranhado de 'modalidades' e de 'modelos'. Para tal, antes que nada, era pré-requisito en-

tendê-los em suas características e em suas relações. E eles se puseram a estudar, dissecar e sistematizar cada um deles, nas suas fortalezas e debilidades. Adquiriram com isso, um conhecimento abrangente e profundo da dinâmica da assistência médica previdenciária. Eu tive a oportunidade de ver os rascunhos destes estudos, que, posteriormente, ficaram plasmados no clássico livrinho verde, publicado no lançamento oficial do Plano do CONASP, em agosto de 1982.

E sobretudo, enquanto Marlow e Eleutério estavam dedicados a esses desafios, acontecia, nos altos bastidores políticos, o questionamento de fato do problema principal, que era o velho debate sobre o 'déficit da Previdência', já que se iniciava a 'década perdida' dos anos 80 e a economia brasileira parava de crescer no ritmo anterior.

No cenário macropolítico, o tema era polarizado entre os Ministérios da Fazenda e Planejamento e os Ministérios da área social. Os primeiros defendiam a tese de que a crise da Previdência era 'estrutural', cuja solução seria não só adotar como modalidade hegemônica o convênio empresa, mas também permitir que a parcela de contribuição obrigatória dos trabalhadores para o seguro social pudesse ser de livre eleição do segurado e depositada em seguros de capitalização, alternativos ao Fundo Único Público da Previdência, organiza-

do segundo os princípios de repartição solidária. É curioso observar que o mesmo tipo de proposta existiu, no limiar dos anos 80, também no Chile e na Argentina. A do Chile vingou e resultou nas ISAPRES. Na Argentina, o regime de Obras Sociais, bastião dos sindicatos, resistiu.

No Brasil, se vencedora, seria a ruptura definitiva do ideário central, que, com todos os percalços, sempre pautou a Previdência Social brasileira. Desde sua fundação, no marco bismarkiano clássico de seguro de enfermidades, iniciado pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), ela evoluiu gradualmente para o perfil de seguro social, levado a cabo pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) até tender ao modelo Beveridge de seguridade social, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social aprovada durante o regime militar quando Nascimento Silva era ministro, e, mais tarde, com a criação do MPAS. Este claramente separou funções e unificou os fundos no IAPAS, os benefícios no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a assistência médica no INAMPS e a assistência social na Legião Brasileira de Assistência (LBA). O resgate desta história pode ser feito pelos trabalhos de Murilo Villela Bastos, Celso Barroso Leite e Reinhold Stephanes, enquanto Carlos Gentile de Melo e Sonia Fleury são dignos representantes da vertente crítica quanto à sua limitação como política pública uni-

versal. De qualquer forma, contrárias à parte, considero que, na prática, o Ministro Jair Soares foi quem efetivamente rompeu com a mentalidade do modelo atuarial e bancário da Previdência, arraigado entre os 'cardeais', e abriu a porta da mesma para a área da saúde.

No outro extremo, as lideranças da área social e as corporações médicas e hospitalares alegavam que a crise era 'conjuntural', que se devia à retração econômica momentânea, e que, para tanto, bastava gerenciar melhor e racionalizar os gastos com a assistência médica.

O debate levou à criação do Conselho Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social (CONASP), órgão colegiado, supraministerial e independente, encarregado de propor alternativas para a solução da crise. A presidência do CONASP foi entregue pelo governo Figueiredo ao Professor Aloysio Salles da Fonseca.

Os estudos elaborados por Marlow e Eleutério foram uma contribuição substantiva e um ponto de partida estratégico para formular a agenda do que o professor Aloysio Salles tinha que negociar e aprovar.

Houve um momento em que competiam na arena política dois grandes desenhos: de um lado, o modelo já citado, de capitalização e inevitável privatização futura dos fundos da Previdência Social, sustentado pelo Ministério do Planejamento; de outro, o PREVSAÚDE, promovido pela área sanitária, que propunha a

Atenção Primária à Saúde no estilo de Alma Ata, de característica universal, regionalizada e por níveis de complexidade crescente, fortemente estatizante. Era um bom sonho, que levou Carlos Gentile de Melo a cunhar a célebre frase: "Melhor, só se fosse verdade!!!"

Nesse enfrentamento o CONASP acabou por se tornar uma terceira opção, viável e oportuna, e a sagacidade de Aloysio Salles aproveitou este vácuo.

Em maio de 1982, Hélio Beltrão assumiu o MPAS e em setembro o professor Aloysio Salles foi empossado como Presidente do INAMPS, com o mandato explícito de implementar o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, mais conhecido como Plano do CONASP.

Na composição de sua equipe, trouxe de Brasília, como assessores diretos, Marlow e Eleutério, seguramente pelo que haviam contribuído para o Plano. Também incluiu, além de pessoas da ala gerencial moderna do INAMPS, alguns outros que eram estranhos aos quadros previdenciários. Para a Secretaria de Planejamento, convidou Luiz Carlos Lobo, que, por sua vez, me chamou para a diretoria do Departamento de Planejamento de Saúde.

Mais uma vez, meu destino, sem programação prévia, entrelaçava com o do Eleutério.

Entre outubro de 1982 e fevereiro de 1983, Marlow, Eleutério e eu

tivemos que nos desdobrar em trabalho, que muitas vezes chegou até altas horas da madrugada, para enfrentar três grandes pressões: a primeira era adaptar a aplicação da Resolução 026/82 do INAMPS aos parâmetros da Portaria MPAS 3.046/82 (desenvolvida anteriormente por Flávio Winner), para evitar a expansão da rede credenciada facilitada pelo FAS; a segunda foi aterrizar em um documento, prático e de referência, as estratégias de implantação do Plano do CONASP, do qual resultaram trinta e três linhas programáticas; a terceira consistiu em negociar e estruturar justamente um destes projetos, no qual se pretendia criar no Estado de Santa Catarina, como projeto piloto, um plano único integrado de ações de saúde a ser executado, coordenadamente, entre a Secretaria de Saúde do Estado, a Superintendência do INAMPS e a Delegacia Federal do Ministério da Saúde. Supunha-se que seria uma versão mais nova e completa do convênio trilateral, em prática no Rio Grande do Sul.

O plano de Santa Catarina nunca avançou, mas serviu para deixar duas grandes lições. Uma foi que não podíamos estar, no âmbito do Departamento de Planejamento de Saúde do INAMPS, concentrando-nos em querer transformá-lo em uma unidade de excelência técnica, substituindo, e talvez até competindo com a enorme capacidade já instalada no país de instituições e núcleos de saúde pública. Seria muito

mais sensato e produtivo delegar e descentralizar esta função técnica de planificação para esses centros e grupos. Ao Departamento de Planejamento de Saúde do INAMPS deveria reservar-se o papel de formulador e coordenador político do processo.

A outra descoberta era que o modelo proposto para Santa Catarina terminava mais por desintegrar do que articular os órgãos federais e estaduais envolvidos. Em curto prazo emergiu o paradoxo que, no Estado, além da Secretaria Estadual de Saúde, da Superintendência do INAMPS e da Delegacia Federal do Ministério da Saúde, existia, agora, em vez de três, uma quarta fonte de poder político, financeiro e técnico, representada pela coordenação supra-institucional do projeto.

Em decorrência de ajustes internos no INAMPS, em março de 1983, passei a Secretário de Planejamento e consegui viabilizar a nomeação do Eleutério para a direção do Departamento de Planejamento de Saúde. Foi quando, deliberadamente, em função do que se aprendera, começou a ser montado no Departamento, liderado por Eleutério, um time de primeira qualidade, composto de colaboradores comprometidos, de boa linhagem técnica e com credibilidade. Refiro-me a pessoas como Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (Santinha), José Gomes Temporão, Miguel Murat de Vasconcellos, Ilara Hammerli, Fátima Sili-ansky e muitas outras.

Atualmente, com frequência, em conversas saudosistas de salão, as pessoas me atribuem uma espécie de paternidade das Ações Integradas de Saúde, que sempre procuro desmistificar.

Caso tivesse que sintetizar numa frase a história das AIS, honestamente, diria que: "o dr. Aloysio Salles foi o grande político; Eleutério, o grande arquiteto; eu, o grande negociador; Temporão, o grande gestor; e Nildo Aguiar, o grande general".

Explico-me rapidamente: o professor Aloysio Salles tinha clara consciência do processo do CONASP, e além de me apoiar permanentemente nas ginásticas orçamentárias para não impedir a fluência de recursos para os convênios das AIS, em despachos privados sempre reafirmava: "Toque as AIS contra todas as intempéries, porque elas são o real componente transformador do CONASP".

Eleutério desenhou o esqueleto do convênio das AIS e, numa síntese simples e genial, conseguiu formular como eixo conceitual, sobre o qual giravam todos os demais capítulos e artigos, um corpo doutrinário que orientava para as políticas almejadas pelo PREVSAÚDE e pelo movimento da Reforma Sanitária. Ademais referiu e institucionalizou, para o nível estadual, o modelo estrutural de condução política preconizado pela CIPLAN, e, por fim, estabeleceu, nas diretrizes técnicas de

programação e financiamento, a compatibilização entre as redes de prestação de serviços estaduais e as modalidades assistenciais do INAMPS. Sobre este esqueleto básico, cada estado negociava, e com descentralização e flexibilidade, recheava o texto a ser assinado. Dito de outro modo, a estrutura do convênio das AIS, elaborada pelo Eleutério, descentralizava, fortalecia e integrava, nos níveis locais do sistema, o poder normativo do Ministério da Saúde, o poder financiador do INAMPS e o poder gestor de redes de prestação de serviços das Secretarias Estaduais de Saúde.

Quanto a mim, coube-me sobretudo convencer, estimular e proteger a disseminação mais ampla e rápida possível dos convênios das AIS, buscando consolidar uma massa de apropriação e de pressão pelos estados para a manutenção do arcabouço estrutural proposto, policiando as tentações de se cair, outra vez, no casuísmo de projetos pilotos, particulares, irreproduzíveis e fragmentados. E, sobretudo, tive que tamponar as radicalizações com as outras iniciativas de racionalização e contenção de custos, muito mais fortes, e que eram, de fato, a justificativa essencial para a própria sobrevivência do Plano do CONASP.

Sobre Temporão, exemplifico de outro modo. No fim de 1983, só existiam sete convênios de AIS com os

Estados. Numa manhã de maio de 84, o dr. Aloysio Salles convocou-me, de urgência, para mostrar uma citação do Serviço Nacional de Informação que denunciava que Eleutério empenhava-se em promover a famosa e longa greve das 'baratas'<sup>1</sup>, dos médicos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. A campanha pelas Diretas Já! estava nas ruas e seria impossível pretender mantê-lo nos quadros diretivos do INAMPS. Eleutério foi demitido no avião, porque estava regressando de uma missão no Maranhão. Reuni a equipe, dei a notícia e, como esperava, vieram as moções de demissão coletiva em solidariedade ao Eleutério. Eu já tinha visto este filme muitas vezes, desde a UnB. Nunca vi ter conseqüência prática. Resisti e sofri todas as críticas imagináveis. Pedi a Temporão, que era muito jovem, que assumisse, de imediato, o departamento, e que fosse ao aeroporto anestésiar a indignação que iria tomar conta do Eleutério ao receber a comunicação. Temporão não titubeou. Entendeu, entrou em campo, não 'amarelou', manteve e conduziu a equipe, e implantou as AIS. Foi como Amarildo quando substituiu Pelé, na Copa de 62. Em dezembro de 1984, só quatro estados ainda não haviam assinado o convênio das AIS.

Nildo Aguiar, com seu grupo na Superintendência do Rio de Janeiro,

<sup>1</sup> O Sindicato dos Médicos usava grandes baratas como 'totens' da greve para denunciar a situação sanitária dos hospitais.

nunca esperou a assinatura formal do convênio para implantar as AIS no Estado. Não só isso, mas foi muito mais além. Como o General Patton na corrida a Berlim, saiu na frente, provocou e promoveu alianças com as Prefeituras, assinou múltiplos convênios equivalentes com os municípios, criando uma política de fato consumado, que atropelou o processo de baixo para cima. Foi o pioneiro da municipalização das AIS, e, talvez, do Brasil.

Eleutério, novamente cassado, não arrefeceu, intensificou a ponte aérea Rio-Brasília e dedicou-se a construir outro castelo – o Programa de Saúde do Governo do Presidente Tancredo Neves. Neste ínterim, assisti vários discursos seus no qual o criador negava a criatura. Ele alertava e denunciava que as AIS estavam superadas, que eram apenas uma etapa transitória e marginal, e que seria necessário, de uma vez, completar a Reforma Sanitária, inserindo-a na Constituinte.

### O ÚLTIMO ENCONTRO

A última vez que vi Eleutério foi em janeiro de 2002, quando o visitei em Campinas. Considero um dos dias mais tristes e angustiantes de minha vida. Serviu mais para a família e para mim que para ele próprio, perdido, então, no seu misterioso mundo.

Apesar dos meus 60 anos e da minha experiência, recebi uma li-

ção de sabedoria de uma jovem médica, sua filha Sylvia, quando ela me disse, quase textualmente, que “podia compreender que uma pessoa sadia mudasse de comportamento, mas não de caráter”. Isso era estranho e inaceitável para ela. Esta inconformidade foi o que a motivou a buscar o pai em Brasília, enfrentá-lo e, afinal, levá-lo à consulta médica.

Não posso deixar de registrar minha admiração pela Dra. Gláucia Frazão, psiquiatra, a quem gostaria muito de conhecer, pelo diagnóstico preciso e imediato de que se tratava de um quadro neurológico.

É lamentável que muitos de nós, médicos, amigos e companheiros inseparáveis de Eleutério, testemunhas de sua personalidade determinada, disciplinada e até inflexível com relação a princípios, não tenhamos sabido interpretar e dar crédito a seu passado, e que, de certa forma, usando mesmo da cumplicidade, o tenhamos abandonado à própria sorte.

No vôo de regresso de Campinas, em um domingo à noite, felizmente com o avião vazio, fingindo um resfriado, eu chorava baixinho e me ensimesmava na reflexão ‘filosófica-chavão’ sobre a crueldade da vida e da fatalidade do destino. Maldita doença de Neumann-Pick, que agride o cérebro, logo o que Eleutério tinha de mais desenvolvido.

Hoje, muitas vezes, tento me consolar pensando como Eleutério pode-

ria estar sofrendo, se estivesse consciente das coisas que estão passando no mundo da guerra das estrelas.

Entretanto, como o conheci bem, arrisco a dizer que ele, certamente, preferiria ter morrido em combate.

## Nas brechas da crise: racionalizando a assistência médica previdenciária e fortalecendo o setor público — a construção do plano do CONASP

In the Gaps of the Crisis: Rationalizing Public Medical Assistance and Strengthening the Public Sector - the Development of the CONASP Plan

Marlow Kwitko

Médico, mestre em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP), professor da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio Grande do Sul, assessor técnico da direção da Faculdade de Medicina da PUCRS

Não tenho na memória o número de vezes e locais em que se discutiu oficialmente o PREVSAÚDE, um projeto de programa elaborado, em 1980, por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), para ampliar e otimizar a rede de serviços básicos de saúde do país. Foi num desses eventos que conheci Eleutério Rodriguez Neto. Eu precisava encontrar um substituto para o cargo de Coordenador de Planejamento da Secretaria de Serviços Médicos do MPAS e me chegou a sugestão de aproveitar um médico, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que tinha interesse em trabalhar em Brasília, na área de serviços. Foi uma indicação do Henri Jouval Júnior, que, polidamente, como é de seu feitio, havia recusado o cargo que eu lhe havia oferecido por indica-

ção e intermédio do Baldur Schubert, então presidente do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e meu colega de Ministério.

Lembro exatamente do encontro e, com clareza, do conteúdo do nosso diálogo, que, para mim, lavrou um laudo sobre o caráter do Eleutério. Foi no 2º semestre de 1980, em um auditório lotado da Direção Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no Rio de Janeiro. Os dois Ministros haviam feito suas apresentações sobre o PREVSAÚDE, sucedidas por discussão e questionamentos com a participação de um plenário 'multirrepresentativo'. Eu estava ao lado das duas autoridades, na condição de assessor para eventual necessidade de apoio em questões de natureza técnica. Ao término do evento, eu estava frustrado com o seu resultado – inconcluso e nada promissor – consolidando um

sentimento, já preexistente, de que o PREVSAÚDE provavelmente não iria se concretizar. Um casal aproximou-se, identificando-se como Eleutério e Lúcia. Eu até esquecera de que o encontro havia sido combinado com antecedência. Sem conseguir esconder meu estado de ânimo, perguntei a ele se continuava interessado no cargo, considerando o que acabara de assistir. Sua resposta, inusitada, que não vou conseguir reproduzir textualmente, causou-me impacto e admiração:

*Eu acabei de decidir, neste momento, que mantenho e amplio o meu interesse, porque sua frustração revela a mim e as minhas convicções, que você é uma pessoa confiável; se você tivesse se apresentado expressando uma visão positiva, cumprindo um requisito inerente à sua condição de autoridade governamental, eu, certamente, desistiria.*

Esse episódio inicial, para mim, definiu instantaneamente que ali

estava, não mais um desconhecido, mas alguém que se revelava um indivíduo transparente, leal e, principalmente, disposto a lutar por suas convicções, independentemente de adversidades. Naquele instante ficou claríssimo que a Secretaria de Serviços Médicos do MPAS já tinha encontrado seu novo coordenador de planejamento.

Avançando no tempo, no 1º semestre de 1981, a conjuntura no MPAS era outra. O PREVSAÚDE havia soçobrado ainda na fase de projeto, apesar das tentativas de salvá-lo, mediante alterações que geraram diversas versões, as últimas das quais sequer divulgadas. As ações de integração MPAS/MS, que continuavam a ocorrer, eram viabilizadas via Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e tinham caráter pontual. Foi do Eleutério a idéia de que a Secretaria de Serviços Médicos deveria construir uma proposta que sensibilizasse politicamente a cúpula do MPAS no sentido de liderar uma iniciativa de aperfeiçoamento da assistência previdenciária; e que propusesse metas, as quais, embora não tão ambiciosas como o PREVSAÚDE, trouxessem mais racionalidade e coerência às modalidades assistenciais do INAMPS, bem como reordenassem e, principalmente, expandissem as relações do MPAS e MS com as secretarias estaduais de saúde, criando uma nova modalidade: os convênios trilaterais MPAS/MS/Secretaria

Estadual de Saúde (SES). Nós achávamos que, nas circunstâncias vigentes, este era o projeto possível. Começamos a elaborar o documento, creio que em meados de 1981, sendo o Eleutério seu principal organizador. Não foi, como o PREVSAÚDE, um projeto construído em conjunto com o Ministério da Saúde, mas a intenção era que ele fosse oportunamente submetido ao crivo da CIPLAN. Porém, durante a sua elaboração, um fato importante ocorreu e mudou o rumo do encaminhamento: a crise da Previdência Social.

Em meio a diversas propostas, como a taxação de produtos supérfluos e outras, com o intuito de buscar o equilíbrio financeiro previdenciário, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), presidido pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca, que havia sido, recentemente, designado diretor do antigo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Caberia ao CONASP, por meio de seus integrantes que representavam órgãos governamentais e outros, propor um plano de reorientação da assistência à saúde previdenciária, a ser apresentado ao Ministro da Previdência e Assistência Social, antes de seu afastamento do cargo, previsto para meados de maio de 1982, para concorrer ao Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

Fui designado pelo ministro como representante do MPAS no CONASP, com a prerrogativa de indicar um

assessor técnico da Secretaria de Serviços Médicos, considerando a natureza do tema a ser discutido. Propus ao Eleutério, pela razão óbvia de que já tínhamos um esboço de idéias razoavelmente delineadas e agregadas para compor um plano. As reuniões se sucediam, as manifestações dos conselheiros, representantes das mais variadas procedências, eram pontuais, dispersas, e tudo indicava que as discussões não trariam elementos para construir um plano. Instigado por Eleutério, reuni-me com o Dr. Aloysio, manifestando a preocupação com a viabilização do plano e informando que tínhamos um anteprojeto esboçado e ainda não divulgado. A partir daí, tornamo-nos, o Eleutério e eu, assessores diretos do presidente do CONASP, que apresentou o plano ao Conselho, como um anteprojeto a ser discutido naquele âmbito, objetivando alcançar sua formatação final. Não foram muitas as modificações, porém suficientes para que o CONASP, como um todo, assumisse sua autoria.

O plano do CONASP foi apresentado ao Ministério da Previdência e Assistência Social em abril de 1982, aprovado e formalizado no mês de maio. O novo ministro, Dr. Hélio Beltrão, ratificou o documento, como a política da saúde previdenciária de sua gestão, e designou Dr. Aloysio Salles da Fonseca para implantá-la, como presidente do INAMPS. Fomos então convidados pelo Dr. Aloysio



para assessorá-lo na Direção Social do INAMPS, no Rio de Janeiro, com o objetivo específico de apoiar a implantação do plano do CONASP, sob a coordenação da Secretaria de Planejamento do Instituto. A implantação não foi viabilizada na forma como a imaginávamos, especialmente pela ausência de envolvimento da Secretaria de Medicina Social e pela dificuldade de acesso à presidência do INAMPS, que passamos a ter, desde o início do 2º semestre de 1982. Procurávamos, os dois, ganhar espaço, mas sem muito sucesso.

Os convênios trilaterais passariam, mais adiante, a denominar-se Ações Integradas de Saúde (AIS). No verão de 1983 fui designado pelo presidente do INAMPS para apoiar a primeira implantação das AIS, sob a forma de um Programa (PAIS), na região de Lages, em Santa Catarina. Tal projeto atendeu a um pleito político, dirigido à Presidência do INAMPS pelo então governador eleito Espiridião Amim. O convívio com a equipe da Secretaria Estadual de Saúde, no preparo do plano de governo, proporcionou a mim, subsequentemente, um convite, feito pelo novo secretário da saúde, para assessorá-lo nos desdobramentos do programa, durante sua gestão. Desliguei-me da Direção Geral do INAMPS em maio de 1983 e mudei-me para Florianópolis. No momento do meu afastamento, Eleutério estava assumindo um cargo no âmbito da Secretaria de Planejamento. Quando

nos despedimos, na última vez que o vi na Direção Geral do INAMPS, ele estava em sua sala própria, em pé, ao lado da mesa com documentos ordenados para despacho, fotos da família e uma da Maria Cecília Donangelo. O abraço de despedida foi caloroso e, tenho certeza, expressava o afeto e a cumplicidade que nos uniu durante a trajetória que, para mim, ali se encerrava. Seu olhar e palavras de despedida expressavam um ânimo de guerreiro disposto a lutar ativamente por seus ideais, fosse qual fosse o campo de batalha.

## Ações Integradas de Saúde: no coração do sistema construindo a contrapolítica

### Integrated Actions in Health: the heart of the system building a counterpolicy

José Gomes Temporão

Pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ex-presidente do CEBES

Escrevo estas linhas tendo nas mãos algumas folhas datilografadas com correções feitas a lápis pelo Eleutério. São documentos da época do PLS<sup>1</sup>, quando me envolvi em uma das mais apaixonantes atividades políticas e gerenciais de minha vida.

Conheci Eleutério nos idos de 1979. Fomos apresentados por Eric Jenner Rosas<sup>2</sup>, companheiro de partido, e da luta pela democratização da saúde no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Passamos a conviver com intensidade. No CEBES, compartilhamos a direção entre 1980 e 1981, ano em que ele assumiu um cargo no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dando início à etapa CONASP<sup>3</sup> de sua rica trajetória profissional. Rapidamente me seduziram sua inteligência e a seriedade que apresentava na implementação das atividades

políticas. Eu, mais jovem do que ele, o tomava como exemplo e referência em minha recém-iniciada trajetória profissional. Apesar de oriundos de espaços profissionais distintos – ele vinha da área de recursos humanos e eu era recém-saído da escola ‘enspiana’ de planejamento – o que nos aproximou foi a luta política no movimento sanitário.

Em 1983, vivia-se o ocaso da ditadura militar, com uma grave crise financeira da Previdência Social, exemplificada nas denúncias de mau atendimento e fraudes no sistema de atenção médica aos segurados. A criação do CONASP e a indicação do dr. Aloysio Salles para presidi-lo, foi considerada uma ‘intervenção branca’ no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que, em seguida, ele passou a presidir. Eleu-

tério marcou sua presença nesse processo, participando de modo ativo dos estudos e das estratégias desenvolvidas pelo CONASP, estruturando o projeto possível e conseguindo delimitar um espaço precioso naquela conjuntura, desenhando uma contrapolítica que seria determinante nos rumos futuros do sistema de saúde. De fato, ele era nosso agente ‘infiltrado’ no coração do sistema: a política de assistência médica da Previdência Social!

Como desdobramento de sua atuação na Secretaria de Serviços Médicos do MPAS durante o Plano do CONASP,<sup>4</sup> Eleutério assumiu a direção do Departamento de Planejamento do INAMPS (PLS). Na época ele recrutava um grupo de jovens sanitaristas para auxiliá-lo em uma tarefa ambiciosa: transformar um dos inúmeros projetos do Plano do CONASP – o Pro-

<sup>1</sup> Departamento de Planejamento em Saúde da Direção Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1983.

<sup>2</sup> Se ainda estivesse entre nós, Eric participaria desta publicação.

<sup>3</sup> Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária.

<sup>4</sup> Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social.

grama de Ações Integradas de Saúde (PAIS), em uma estratégia que rompesse com a histórica hegemonia do setor privado na condução da política de saúde.

“Temporão, o Jouval falou com o Aloysio Salles<sup>5</sup> e ele quer conversar com você amanhã!” Em setembro de 1983, eu havia sido convidado por ele para compor a equipe do PLS. No dia seguinte, com meu melhor (e único) terno, fui para o gabinete de Eleutério na rua México, 128, centro do Rio de Janeiro. Enquanto aguardava, fiquei observando a dinâmica daquele espaço... Muitos rostos familiares e um processo de funcionamento não muito diferente dos outros espaços em que compartilhávamos tarefas e projetos. Aguardei quase todo o dia. No final da tarde: “Olha, acho que o Aloysio não vai poder te receber, mas ele autorizou tua nomeação!”. A informação fora obtida pelo então secretário de planejamento do INAMPS, Henri Jouval Júnior - figura central no jogo político da saúde previdenciária, atuando como fiador do projeto em vários momentos cruciais.

Não era a primeira vez que quadros progressistas do campo da saúde pública participavam de projetos ao interior da Previdência Social. O PLS é um exemplo de programa que contou com essa parti-

cipação<sup>6</sup>. A novidade era um departamento da Direção Geral do INAMPS ter em toda a sua estrutura, incluindo nos cargos de direção, sanitistas com estreitos vínculos com o movimento sanitário.

Em 1977, o INAMPS criara uma estrutura de planejamento voltada, basicamente, para a programação de metas a partir da projeção de tendências. Os técnicos, com formação em contabilidade e administração, eram oriundos dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), trazendo a ideologia eficientista e a concepção de que o setor privado era mais barato e funcionava melhor. Possuía então uma estrutura verticalizada e centralizada, na qual a organização das atividades obedecia a um recorte por prestador: serviços próprios, contratados e conveniados. Eleutério mudou essa concepção e reestruturou o PLS em coordenações para cada uma das regiões do país, integrando o conjunto de atividades de planejamento e programação em cada coordenação. A idéia era pensar os serviços de modo articulado, em rede. Outra diretriz era a da democratização do processo de trabalho estimulando-se o processo coletivo de decisão. A porta do gabinete sempre aberta, facilitava o contato entre as chefias, os assessores mais

diretos e os funcionários da casa. Dentro do INAMPS só no PLS existia essa postura.

A equipe que Eleutério constituiu era, em sua maioria, composta por pessoas de fora da organização, com formação em saúde pública, jovens, alguns vinculados à academia<sup>7</sup>. Esse perfil facilitava o estabelecimento de canais com setores progressistas do Ministério da Saúde e de algumas secretarias de saúde. Ou seja, no berço da tecnocracia privatista instalou-se um núcleo modernizante, reformista, com visão de saúde pública e alguma experiência teórico-política. Nessa concepção percebe-se a ousadia com que Eleutério se movimentava em terreno tão difícil e conflituoso. Era corrente comentarmos que “o assistencialismo privatizante do INAMPS fora penetrado pela concepção de saúde do movimento sanitário”.

A equipe era constituída por Eleutério, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (Santinha), Eleonor Minho Conill, Maria Helena Mendonça, Ilara Hammerli Moraes, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Miguel Murat Vasconcellos, Trajano Paulo Caldas, Amadeu Antunes Guimarães e eu, entre outros.

A nova forma de organização do processo de trabalho pretendia viabilizar a utilização de estratégias,

<sup>5</sup> Presidente do INAMPS.

<sup>6</sup> ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

<sup>7</sup> Na época eu era auxiliar de ensino da ENSE.

técnicas e instrumentos de planejamento inovadores; valorizar o trabalho dos técnicos da instituição; estimular a cooperação técnica com as secretarias de saúde e superintendências regionais; e, estabelecer convênios com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para reforço e apoio técnico.

Esta postura aumentou, consideravelmente, a motivação dos funcionários mais antigos, resgatando para o novo projeto um grupo que estava desestimulado pela falta de participação que lhes possibilitasse crescer profissionalmente. A fragmentação do processo de trabalho foi substituída pela participação nas discussões estratégicas, e a incorporação dos servidores da casa às equipes técnicas em viagens aos estados.

Uma das propostas do CONASP referia-se à mudança das relações entre o INAMPS e a rede pública de saúde. O instrumento de reordenação dessa orientação eram os convênios trilaterais envolvendo o MPAS, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde. Para viabilizar essa proposta criou-se, na estrutura matricial para operacionalização do CONASP, o PAIS, que seria então coordenado pelo PLS.

O primeiro convênio assinado foi com o estado de Santa Catarina e é um bom exemplo do alcance limita-

do da proposta. A partir de sua avaliação, começou a ficar clara a necessidade de transformar o programa (PAIS) em estratégia (AIS).

No INAMPS, o Programa de Racionalização Ambulatorial – um dos projetos do plano do CONASP – contrapunha-se ao PAIS. Coordenado pela Secretaria de Medicina Social (SMS), visava aproximação com setores mais corporativos dos médicos por meio de um processo de credenciamento. Tentou-se transformá-lo em um programa de extensão de cobertura centrado no setor privado liberal. De fato, a verdadeira estrutura de planejamento estava na SMS/INAMPS. O PLS era um espaço marginal na correlação de forças dentro da instituição, e o PAIS a contrapólita na conjuntura.

Em setembro de 1983, quando entrei na equipe, havia alguns convênios PAIS assinados. Não havia um projeto detalhado. Os avanços dependiam do espaço obtido como resultado das ações desencadeadas pelo grupo dentro da organização INAMPS. A estratégia era não aumentar os conflitos internos e estabelecer alianças externas (Secretarias de Saúde, CIPLAN<sup>8</sup>, Prefeituras), e especialmente com o Ministério da Saúde por intermédio de sua secretaria de planejamento e do apoio de um conjunto de técnicos entre os quais se destacava José Agenor, em um mo-

vimento para que as AIS deixassem de ser caracterizadas como proposta da Previdência Social.

Embora as AIS não trouxessem em si nenhuma inovação – o lócus institucional era a inovação – elas rompiam com a visão da atenção primária como espaço de construção de modelos alternativos, propondo-se a pensar toda a rede, o setor privado, a incorporação tecnológica, etc. Encontrávamos dificuldades de envolver as secretarias de saúde na discussão dos aspectos assistenciais e as superintendências regionais do INAMPS nos de saúde pública. Embora o princípio da integração estivesse sempre presente, na prática, o PLS tinha poder limitado restrito à destinação de recursos para o setor público.

Como resultado da estratégia de avançar o máximo possível nos espaços institucionais externos ao INAMPS, em 1984, obtém-se a edição das Resoluções 6 e 7 da CIPLAN. A resolução 6/1984 continha o conjunto de princípios e diretrizes das AIS, a resolução 7/1984 um embrião do que viria a ser a Programação e Orçamentação Integradas (POI). Ainda possui uma versão rascunhada do que viria a ser a resolução 6/84 com correções de próprio punho de Eleutério sobre a estruturação das CRIS e CIMS<sup>9</sup>. As duas resoluções foram elaboradas em colaboração com téc-

<sup>8</sup> Comissão Interministerial de Planejamento, composta pelo MS, MPAS e pelo MEC.

<sup>9</sup> Comissão Regional Interinstitucional de Saúde e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

nicos do Ministério da Saúde, mas com forte marca do PLS e sua equipe. Com elas, as AIS saíram da 'incubadora' do INAMPS e ganharam espaço e visibilidade setorial. A equipe do PLS dedicou-se a viajar por todo o país. Encontros com secretários de saúde, superintendentes, delegados federais de saúde e contatos políticos. Muitas dessas viagens eram realizadas em conjunto com técnicos do Ministério da Saúde. Era preciso avançar nos estados. As Superintendências Regionais, no entanto, apresentavam-se como locus de resistência ao projeto, defendendo interesses privados e abrigando disputas político-partidárias na condução da política local de saúde.

No PLS consolidou-se a posição de que as AIS deveriam ser a estratégia em torno da qual deveriam ocorrer as mudanças institucionais. Optou-se por uma estratégia agressiva de celebrar o maior número de convênios, ao invés de selecionar estados em condições mais favoráveis de resposta a curto prazo. Isto rompia com a visão da experiência piloto, da construção de modelos para posterior expansão.

No seio do movimento sanitário havia posições conflituosas em relação às AIS e à sua função na conjuntura setorial. Eleutério sugeriu, então, a realização de um seminário de integração interinstitucional do PAIS, em fevereiro de 1984, na

qual a FGV, a ENSP, as secretarias e os intelectuais influentes no movimento sanitário estavam representados para tomar conhecimento da proposta, discuti-la e enriquecê-la com outras visões. Era uma tentativa de ganhar espaço político, ouvir opiniões divergentes e alimentar o processo de desenvolvimento do projeto. Nós achávamos que as AIS eram a estratégia que permitiria caminhar para a unificação do sistema, dado que abarcavam os componentes estruturais do setor: o financiamento (co-participação ao alocar recursos do INAMPS na rede pública), a universalização, a unificação do setor e a descentralização<sup>10</sup>.

Em agosto de 1984, foi realizada uma reunião em Curitiba cujo objetivo era o de obter o aval do movimento sanitário para as AIS enquanto projeto de transição. Ali, intelectuais, técnicos de secretarias estaduais e municipais e lideranças políticas de quase todos os estados discutiram acaloradamente as AIS e as suas implicações para a luta política na conjuntura. Uma das principais polêmicas referia-se ao modelo de repasse de recursos do INAMPS para estados e municípios que, segundo alguns críticos, introduziria, no setor público, distorções já presentes no setor privado contratado. Ao final da reunião os setores progressistas aprovaram as AIS como a estratégia de reorientação

setorial, obtendo-se consenso no 'partido sanitário' em torno das AIS. Posteriormente, o II Simpósio da Câmara dos Deputados também se posicionou favorável às AIS.

Volta e meia, Eleutério reunia a equipe e dizia: "tá difícil, estão pedindo minha cabeça". Em setembro de 1984, aumentaram as pressões do SNI forçando sua demissão e de alguns diretores de hospitais do INAMPS no Rio de Janeiro. Eleutério foi demitido e, em seu lugar, nomeado um técnico da casa. A equipe resistiu. Eu era o diretor substituto. Jouval, de novo como fiador do processo, manteve a equipe coesa e nos convenceu a permanecer. Logo em seguida, o novo diretor me chamou para uma conversa: "Temporão, eu não entendo nada disto, não sou planejador, não pedi para vir para cá! E, não pretendo ficar! Vou fazer um curso na FGV. Você dirige o departamento e quando precisar que eu assine algo é só me avisar".

Percebe-se com clareza a força e consistência do trabalho desenvolvido!

Eleutério foi o cérebro por trás de todo o processo. Com sua liderança, capacidade de análise e de coordenação, mantinha em níveis elevados a motivação da equipe. Conjugava alto senso de responsabilidade, carisma e bom humor! Eleutério, maduro, demonstrava clara consciência da importância e den-

<sup>10</sup> Na realidade, apenas na Nova República, na gestão de Hésio Cordeiro, tínhamos de fato as AIS como estratégia de reorientação setorial.

sidade do processo em que estávamos atuando. Era a primeira experiência de fôlego de planejamento estratégico em órgão central da política de saúde.

Muitas vezes me pergunto quais teriam sido os principais fatores que influenciaram a trajetória daquela equipe dentro do INAMPS. Um, que me parece central, foi a capacidade que Eleutério demonstrou em constituir e liderar uma equipe técnica, politicamente coesa e consistente. De fato, o grupo então constituído baseava sua ação no ideário do que viria a ser a Reforma Sanitária. Ali não havia interesses econômicos ou de outra ordem, mas os de mudar, romper, transformar por meio de um processo de pactuação e de construção de hegemonia. Fomos uma peça que se moveu no tabuleiro de xadrez, no jogo das várias tendências em confronto.

E de onde viria o conjunto de princípios políticos que deu unidade e consistência ao projeto? De início, ao fato de pertencer ao 'partido sanitário', ou seja, partir de uma análise dialética da sociedade e do Setor Saúde. O acúmulo de experiências do movimento em projetos institucionais também pesou, com a diferença de que este seria o primeiro projeto alternativo não hegemônico no interior da estrutura mais poderosa do setor. Finalmente, o da disciplina e da linha político-partidária de alguns elementos da equipe.

O sentido de 'pertencimento' que transparecia no grupo era, sem dúvida, amalgamado pelo carisma, pela elegância, pelo bom gosto de Eleutério, exercendo seus dotes culinários ao nos receber para seus famosos almoços e jantares ou para fumar um bom charuto, hábito a que eu e Miguel Murat aderimos, criando, a partir de então, uma espécie de *fôg* que se estendia por todo o décimo andar da rua México, 128.

A utilização de bilhetes manuscritos como forma de comunicação foi introduzida pelo Jouval. De manhã cedo, ao chegar, já havia algumas folhas redigidas a caneta azul, com trechos grifados em vermelho. Os temas variavam e incluíam listas de tarefas a serem cumpridas e comentários sobre política institucional e avaliações conjunturais. Guardo alguns desses exemplares e de fato incorporei essa prática no decorrer de minha vida como gestor público. Esse método funcionava como uma espécie de preparo para o que viria durante o dia e como guia metodológico em relação a aspectos estruturantes da prática política institucional ou setorial. Eleutério os recebia em profusão e, às vezes, os reenviava a mim com comentários adicionais de própria lavra.

Essas considerações e trocas tão pessoalmente construídas e dirigidas, e o prazer retirado e colocado no realizar desse trabalho por todos que dele compartilharam, influenci-

aram fortemente minha vida profissional a partir de então.

Eleutério a essa altura já desempenhava uma nova função: assessorar a elaboração de uma nova proposta setorial do plano de governo do PMDB a partir de sua aproximação com Carlos Sant'Anna, que viria a ser o ministro da saúde na Nova República. Mas isso seria o começo de uma outra estória...

## Experto Internacional em Recursos Humanos

### International Expert in Human Resources

José Roberto Ferreira

Ex-vice-reitor da Universidade de Brasília, ex-diretor do Departamento de Recursos Humanos da Organização Pan-americana da Saúde, Washington D.C., assessor da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Desde muito cedo, em sua formação, Eleutério Rodriguez Neto esteve exposto a uma vivência internacional. Depois de terminar o ciclo básico no Instituto de Biologia da Universidade de Brasília foi forçado a esperar, algum tempo, pelo estabelecimento da Faculdade de Medicina e, desta forma, poder fazer o curso. Os transtornos ocorridos naquela universidade, no período inicial da ditadura militar, retardaram o processo de organização da faculdade, que só veio a funcionar em agosto de 1965.

Já nessa época, como líder estudantil, Eleutério acompanhou de perto o desenvolvimento da nova faculdade, que envolveu, desde o princípio, uma ampla participação internacional e seguiu recebendo, constantemente, visitantes de outros países que vinham conhecer e discutir o esquema curricular adotado, e o enfoque comunitário com abordagem precoce da clínica. Este fato, em si, exerceu certa influência nos estudan-

tes e, alguns deles, incluindo Eleutério, foram vistos, em ocasiões, orientando também visitas de estudantes estrangeiros à faculdade.

Antes da formatura da primeira turma, fui chamado para ocupar um cargo na Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), em Washington, e pouco depois, junto com Luís Carlos Lobo, que ficou no Brasil, mas logo teve de deixar Brasília, promovemos a criação, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES). Eleutério, já tendo optado por dedicar-se à saúde coletiva, incorporou-se ao CLATES, entrando formalmente na atividade internacional, no campo dos Recursos Humanos. Nesse contexto, em que permaneceu até 1979, ele teve um importante desempenho na promoção da chamada Integração Docente Assistencial (IDA), abordagem à qual já havia sido exposto durante sua formação e que agora era estimulada com um pro-

grama de cooperação apoiado pela Fundação Kellog e pela OPAS. Esse esforço promocional estendeu-se por vários países da América Latina, nos quais, Eleutério teve a oportunidade de conduzir oficinas com grupos docentes que, em número significativo, demandavam orientação para reformas curriculares. Dentre os países onde atuou destacam-se Argentina, Colômbia, Equador, Honduras, Costa Rica, México, Chile, Bolívia, Peru, Canadá e Suíça.

Também em Washington, tivemos a oportunidade de contar com a colaboração de Eleutério, tanto em reuniões dos comitês de seleção do Programa de Livros de Texto, especialmente dedicados ao ensino da medicina preventiva e social, como também, em seminários e congressos de educação médica em várias partes do Continente. Entre essas atividades, destaca-se uma na qual tocou-lhe preparar o documento de referência sobre o tema, para depois participar do debate e produzir o

relatório final de um seminário que tratava de questionar o fato de a IDA estar se desenvolvendo por iniciativa e em função do interesse da Escola Médica, com pouca participação ativa dos serviços de saúde. Em vários países de América Latina, a educação médica estava a cargo do Ministério da Educação, e o Setor Saúde era omissos nesse processo. Uma das poucas exceções ocorria em Cuba, onde as carreiras da saúde estavam subordinadas ao Ministério da Saúde, quando se desenvolvia o que designavam como 'integração docente assistencial investigativa'.

Com Eleutério, quando ele já ocupava o cargo de secretário executivo do Ministério da Saúde, tive oportunidade de participar, em Cuba, do 1º Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde, no qual, Cosme Ordoñez iniciava a promoção da experiência cubana da Medicina Geral Familiar. Desse evento, guardo a grata recordação de uma foto em que Fidel Castro nos abraça, a Eleutério e a mim, cercados por José Romero Teruel, outro companheiro da OPAS, e José Guedes, então Secretário de Saúde de São Paulo.

É importante ressaltar a influência pioneira dos fatos descritos para a evolução vista hoje no Brasil, no campo da atenção básica à saúde. Tanto a integração docente assistencial, da segunda metade dos anos sessenta e de toda a década de setenta, como a experiência cu-

ba com a Medicina de Família (com orientação bem diferente da que havia sido adotada nos EUA), foram precursores do que veio a ser desenvolvido no Brasil nos anos noventa. O Programa Saúde da Família e posteriormente, a recente promoção do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), surgindo como a primeira real transformação da educação médica em prol de uma formação geral e indiferenciada, mais ajustada à estratégia de atenção primária à saúde, propugnada pela Conferência de Alma Ata em 1978, incorporam elementos trabalhados anteriormente pelo próprio Eleutério.

Como nos ensinava Juan Cesar Garcia, outro líder continental, com quem Eleutério também se relacionou, os processos de verdadeira transformação demandam pelo menos duas décadas para sua consolidação, o que, no caso presente, permite vincular o esforço do nosso homenageado de hoje aos avanços que agora estamos observando no campo dos Recursos Humanos em Saúde.

De toda esta trajetória na vida internacional, ele nos deixou importante contribuição documentada em trabalhos publicados em *Educación Médica y Salud*, a revista especializada da Organização Pan-americana da Saúde, além de grande número de apresentações em congressos, conferências e eventos de todo tipo.

Entre os contatos mais recentes por nós mantidos, destaca-se a participação em um evento que consolidou definitivamente sua contribuição na vida internacional, a 1ª Conferência de Saúde Internacional que organizamos em Ottawa, Canadá, em 1991, na qual ele apresentou o tema *International Health and Latin American Integration* que está incluída no livro publicado posteriormente, intitulado *International Health: A North South Debate*, título que se ajusta bastante à posição polêmica que sempre o caracterizou. Como delegado do Brasil, participou no *Saitama Public Health Summit*, realizado no Japão, em 1991, e mais tarde constituinte da 1ª Conferência Mundial de Educação em Saúde Pública.

Por fim, registramos o que terá sido sua última contribuição internacional, quando atuou como consultor de recursos humanos na Argentina, junto a um de seus melhores amigos, Henri Jouval Júnior, então o representante da OPAS naquele país. Nessa oportunidade, além de assessorar a elaboração da Lei de Saúde da municipalidade de Buenos Aires, Eleutério teve importante participação, cooperando na etapa de planejamento de uma nova Escola de Medicina em Bahía Blanca, que vinha sendo organizada pela sociedade médica local com o apoio da Universidade de Buenos Aires.

Eleutério exerceu amplamente sua liderança no campo internacio-



nal, atuando sempre de forma temporária e mantendo sua base no Brasil. Teve, decerto, oportunidade de incorporar-se de forma mais permanente à carreira internacional, entretanto, a extrema dedicação aos problemas de seu país impediram que aceitasse se afastar por prazo indefinido. Com isso contribuiu, também, para a melhoria dos recursos humanos em saúde no Continente, mas preservou sempre sua posição de luta no seu país natal.

Depois que adoeceu, saiu de circulação, dele só temos tido notícias indiretas. Sua memória, porém, mantém-se presente, através de sua obra, tanto pelas realizações como professor universitário, consultor internacional, político e administrador de saúde no mais alto nível, como por suas inúmeras publicações registradas na literatura nacional e internacional.

## Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática

Resources for the Definition of a Healthcare Policy for a Government of Democratic Transition

Eleutério Rodriguez Neto

Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, ex-presidente da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

O Setor Saúde é reconhecidamente um dos mais tipicamente afetos pela política econômica.

Os efeitos perversos da economia centralizadora, espoliativa, e mais recentemente, recessiva sobre o setor, dão-se em três níveis principais: por um lado agravando as condições de vida e saúde da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros agravos à saúde; por outro, impedindo o acesso regular aos serviços, em particular de saúde, assim, como aos meios terapêuticos preconizados, como medicamentos; e ainda, induzindo o sistema prestador de serviços e distorções oriundas do processo de acumulação de capital interno ao setor ou no de insumos, levando à baixa efetividade quanto à abordagem dos problemas de saúde prevalentes.

Assim, do ponto de vista de seus determinantes, a melhoria das condições de saúde da população só

pode advir de uma política econômica socialmente justa que permita condições de vida mais adequadas à maioria da população.

No entanto, como condicionalmente e agravante, a política setorial propriamente dita também deve submeter-se aos mesmos ditames de organização democrática, numa direção de universalização e equidade, no atendimento dos problemas de saúde da população, em termos de ações de promoção, prevenção e assistência.

As soluções alternativas propostas para o equacionamento do setor merecem assim uma análise para que possam ser expurgadas e selecionadas, uma vez que se encontram informadas por posicionamentos, nem sempre orgânicos, com os interesses realmente majoritários do ponto de vista da população.

A seguir, a partir da compreensão da problemática de saúde vivida pelo povo brasileiro, e dos desdobramentos do seu sistema de presta-

ção de serviços, pretende-se discutir algumas tendências principais em termos de concepções organizacionais do setor, propostas para abordagem dessa situação, optando-se por uma delas, que se considera tecnicamente aceitável e viável, assim como, politicamente adequada, na atual conjuntura econômica, social e política do país.

A partir da estratégia proposta, discutem-se alguns aspectos críticos que a condicionam e que são sujeitos a decisões de caráter político, a fim de que se possa detalhar o modelo de vista de seu perfil técnico-operacional.

### AS PROPOSTAS ALTERNATIVAS PARA A REORGANIZAÇÃO DO SETOR

Face às reconhecidas insuficiências financeiras e técnicas do setor, assim como o seu baixo impacto social, o mesmo vem sendo, há anos, objeto de cogitação, em termos de se identificar alternativas

para enfrentamento das crises que amiúde se apresentam.

Evidentemente essas propostas alternativas baseiam-se em concepções diversas e até antagônicas sobre o setor, de acordo com correspondentes projetos político-ideológicos para a sociedade em geral.

Assim, desde a década passada, vem se enfrentando algumas correntes, em tentativas de se habilitarem para ocupar os espaços abertos pela insolvência do atual modelo, fruto especialmente da crise da Previdência.

Com variações circunstanciais, pode-se afirmar que essas propostas podem ser representadas por três tendências principais:

#### A proposta 'conservadora'

##### *Características*

Defende basicamente a manutenção do modelo pluralista atual, baseado na compra de serviços do setor privado, pelo setor público, em especial pela Previdência Social; ao Ministério da Saúde (MS) e Secretarias de Saúde deve caber o papel complementar de promoção de ações coletivas, e assistenciais à população carente.

Atribuí as insuficiências atuais desse modelo à conjuntura econômica, que contraiu o orçamento do setor e a deficiência técnica do controle dos serviços por parte do poder público, acusado de inépcia. Essa proposta é sustentada pela ali-

ança entre dois elementos – o dos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos, e o dos profissionais (médicos) neoliberais que, defendendo uma relação médico/paciente individualizada, encontram no Estado a única condição para viabilizarem financeiramente esse projeto, através de credenciamento de médicos e odontólogos pela Previdência Social.

##### *Implicações*

Esse modelo, baseado na oferta de serviços pelo setor privado, vem demonstrando ao longo dos anos a sua extrema voracidade financeira, responsável pela inversão de prioridades assistenciais no setor: lucratividade das atividades de caráter capital-intensivo, que caracterizam a tecnologia diagnóstico-terapêutica atualmente disponível, mas nem sempre adequada e necessária à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes.

A grande capacidade instalada na área hospitalar e na de atividades diagnóstico-terapêuticas (ainda que mal distribuídas) tende a gerar e orientar a demanda, competindo com uma organização mais racional dos serviços, em termos de acesso aos serviços mais simplificados que, sob critérios tecnicamente definidos encaminhariam os casos que necessitassem, aos níveis mais complexos (hoje majoritários, do ponto de vista de oferta).

Por outro lado, a relação de compra/venda estabelecida, vem gerando distorções de qualidade da assistência, à medida que este sistema não está motivado ou estimulado pela resolutividade ao atendimento; ao contrário, sendo até conhecido como 'a indústria da doença', uma vez que esta sim, é o seu principal insumo. Deve-se ainda estar alerta para o fato de que os defensores dessa 'medicina' defendem também a assistência individual e curativa como um direito securitário, advindo de ser contribuinte da Previdência Social. Com isso, contestam a universalização da atenção e a saúde como direito de cidadania – para terem assegurado, sem competir com as outras atividades setoriais (ações coletivas e de promoção e prevenção, assim como sobre o meio) o fluxo de recursos oriundos da Previdência Social, para viabilização do empresariado médico-hospitalar (hospitais e clínicas).

Essa forma de organização empresarial do setor é considerada por outras correntes capitalistas como 'atrasada', uma vez que não incorpora uma dinâmica empresarial mais competitiva e é totalmente dependente da tutela direta do Estado. Por isso mesmo, talvez mais sujeitável a normas disciplinadoras que um Governo legítimo possa propor.

Essa consideração deve ser feita porque, embora essa forma de organização seja hoje hegemônica e criticável, mesmo em uma alterna-

tiva democratizante, o setor hospitalar privado terá que ser considerado como conjunto complementar (e significativo), ao setor público, dada suas dimensões e as atuais insuficiências quantitativas deste, no nível hospitalar.

#### A proposta modernizante/privatista

##### *Características*

Propõe uma 'modernização' do setor, do ponto de vista de sua maior organicidade com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados, supondo daí, uma tendência a uma melhoria das relações custo/benefício no setor.

Concretamente, a proposta contempla um afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e regularmente inserida no mercado de trabalho. Ao Estado competiriam as ações de alcance coletivo, e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, uma vez que esses grupamentos não poderiam assegurar por seus rendimentos baixos, ou por sua dispersão, a lucratividade estimuladora da organização empresarial.

Há variações entre os vários projetos dessa linha. Um deles defende o modelo da 'Medicina de Grupo' e do 'Convênio Empresa', modalidade esta já respaldada pela Previdência Social desde 1964, mas congelada em termos de expansão desde 1979,

Representa hoje uma cobertura de cerca de 5% da população previdenciária. Esse tipo de convênio, estabelecido entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e uma empresa qualquer, delega a essa empresa a responsabilidade sobre o atendimento médico-hospitalar de seus empregados, mediante um subsídio per capita repassado à empresa. Esta, presta diretamente a assistência, ou (na maioria das vezes) contrata uma firma prestadora, quase sempre as Empresas de 'Medicina de Grupo'. O empregado perde o direito a outro tipo de atendimento pela Previdência Social, salvo algumas exceções, como tratamento de alto custo e de doenças crônicas. Uma outra corrente, nesse grupo, defende a organização da população autonomamente, que se valeria de sindicatos e outros tipos de organização para proverem, mediante esquemas 'cooperativos' de contribuição, os serviços de saúde necessários. Algumas dessas propostas têm alto nível de detalhamento organizacional, podendo, a partir de uma decisão política, e do atual descrédito da assistência à saúde oficial, serem implantadas com certa rapidez, especialmente valendo-se da indústria de seguros de saúde que, ostensivamente procura se colocar como alternativa às atuais modalidades assistenciais do setor.

##### *Implicações*

Embora em um primeiro momento essa proposta possa parecer mais racional, e atender tanto aos reclamos imediatos da população quanto ao atendimento médico-hospitalar mais personalizado, como à questão de melhorar as relações custo/benefício no setor, trazendo uma imagem de modernização, ela pode trazer sérias conseqüências, do ponto de vista técnico e político-ideológico. Isso advém de seu propósito de dar mais organicidade capitalista à organização interna do setor. As implicações negativas dessa concepção, para uma democratização setorial, são inúmeras: em primeiro lugar, supõe a discriminação da população em dois segmentos – o dos segurados e o dos carentes, em flagrante negação da saúde como direito de cidadania; por outro lado, parte do pressuposto da lei da livre concorrência, entre pequenas empresas, quando se está em etapa monopolista do capitalismo, com evidentes e conhecidas tendências à cartelização, com interesses inclusive de grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde; ainda, embora esse modelo de prestação de serviços estimule a resolutividade do atendimento e a racionalidade da organização dos serviços, a lógica acumulativa pode induzir a uma série de distorções, inclusive nos aspectos éticos da prática médica, situação sobejamente conhecida nos atuais 'Convênios-Empresa'.

Como componentes desses problemas éticos, deve-se referir à questão do assalariamento médico sob condições insatisfatórias e constrangedoras de trabalho, do ponto de vista técnico, como, e principalmente o problema do controle da força de trabalho, exercido através dessa prática assistencial. Isto é, o uso do conhecimento médico para a seleção e rotatividade da mão de obra, além dos problemas de controle da produtividade e outros expedientes inaceitáveis do ponto de vista ético profissional.

Deve-se ainda atentar para o fato da concorrência que esse setor privado representará para o setor público, que será cada vez mais marginalizado e marginal, abrindo cada vez mais espaço para privatização mais absoluta da prestação de serviços de saúde, quando se sabe que, em muitas sociedades capitalistas os setores sociais têm sido poupados do processo de acumulação interna como forma de compensar os efeitos perversos da acumulação sobre o nível de vida e saúde da população.

No entanto, apesar de seus inconvenientes como modelo hegemônico de prestação de serviços, corrigidas certas distorções, especialmente as de caráter ético, através de um controle social mais efetivo (pelos usuários e profissionais), é possível, e até desejável que essa modalidade possa ser objeto de eleição de grupamentos populacionais que tenham condições de sustentar (individual ou coletivamente segu-

ros), assim como oferecidas por empresas que o desejarem. Assim, a iniciativa privada pode ser realmente uma força auxiliar no setor, desde que não seja alternativa excludente do setor de saúde oficial, e de opção individual.

### A proposta racionalizadora

#### *Características*

O corpo doutrinário, que dá suporte a essa proposta, supõe a saúde como um direito de cidadania e portanto implica em :

- responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde sobre o setor privado complementar e subordinado;
- integração interinstitucional;
- organização dos serviços em uma rede única, regionalizada e hierarquizada, com mecanismos de referência e contra-referência da clientela;
- universalização e equidade no atendimento à população com garantia de acesso em todos os níveis de atendimento;
- descentralização do planejamento e execução, com papel fundamental dos níveis estaduais e municipais;
- participação, entendida como mecanismo de controle social sobre o setor (definição de necessidades e controle da qualidade);
- planejamento das ações a partir de necessidades epidemiologicamente determinadas;

- integralidade das ações de saúde; eliminação da dualidade (inclusive institucional) entre ações individuais e coletivas, preventivas e terapêuticas;

- articulação conceitual, programática e metodológica entre os setores de formação (educacional) e de utilização (serviço) de pessoal em saúde.

Esse modelo já vem sendo objeto de várias proposições oficiais e não-oficiais, em várias versões, nos últimos anos. Nas várias ocasiões em que se apresentaram crises financeiras na Previdência Social, ele foi apontado como uma possível alternativa. O plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e aprovado pelo Governo em agosto de 1982, contém teoricamente esses elementos, apesar de certas incoerências e inconsistências derivadas da ampla composição de que foi resultante, assim como do momento recessivo que o determinou e condicionou.

Mesmo assim, o seu componente mais depurado que passou a ser conhecido como estratégia de 'Ações Integradas de Saúde' (AIS) e aprovada como política de reorientação setorial (MS/MPAS/MEC), ainda que explicita os mecanismos necessários à sua viabilização, não tem encontrado condições políticas e financeiras para sua efe-

tivação, fato derivado da falta de legitimidade do atual governo e do não-equacionamento da estrutura de financiamento setorial.

Por outro lado, a proposta hoje ensaiada de convênios entre os níveis federal, estadual e municipal, para desenvolvimento dos sistemas de saúde estaduais, contém um forte tom recessivo, preocupado excessivamente com contenção de despesas, levando a um baixo investimento na expansão do setor público, com exceção de alguns projetos financiados pelo BNDES/FIN-SOCIAL, através do Ministério da Saúde, para algumas áreas consideradas prioritárias.

É mister destacar no entanto, que no decorrer dos anos recentes, algumas experiências dessa natureza (racionalizadora, integradora) têm sido ensaiadas sem convulsões sociais e políticas mais intensas que as condenem, do ponto de vista da viabilidade. Por outro lado, seus efeitos técnicos, ainda que pouco extensos, podem ser considerados expressivos e estimuladores do progresso nessa direção. Isso se deve em parte ao poder regulador do setor público que, certamente continuará a cumprir um papel de assegurar a cobertura assistencial à população, através dos serviços básicos de natureza essencialmente trabalho-intensivo, ao contrário da iniciativa privada, mais interessada no nível especializado, de caráter acentuadamente capital-intensivo. Evidentemente, a 'gradualidade' de

avanço da proposta é também condição de sua viabilidade, não apenas pelo lado político, mas principalmente pela ótica técnica-financeira; as dimensões variedade e complexidade do setor no país, contradicam qualquer medida de impacto maciço e simultâneo.

### *Implicações*

Expurgado do seu componente recessivo que impede um redimensionamento adequado ao setor, permitindo um papel mais relevante ao setor público, através de sua expansão e qualificação, o modelo 'racionalização' contém os elementos essenciais para alinhar o sistema de saúde às exigências do atual momento político, social e econômico. Além dos aspectos de racionalidade em termos de adequação da estrutura de recursos necessários em saúde, tornando o modelo viável numa situação de recuperação da economia, o aspecto político também é contemplado através de uma concepção pragmática de organização do setor através da integração interinstitucional entre as instituições públicas do nível federal e as de estadual e municipal.

Esse modelo implica em:

- gestão colegiada, descentralizada e participativa entre as instituições convenientes e as instâncias representativas da população;
- cobertura assistencial planejada, de acordo com as necessidades

epidemiologicamente determinadas e observando-se os princípios organizacionais de regionalização e hierarquização dos serviços;

- qualificação técnica da prestação de serviços, buscando-se o controle da qualidade assistencial e a resolutividade adequada em cada nível de atendimento;
- co-participação financeira das várias instituições convenientes, de forma a viabilizar o funcionamento efetivo dos serviços.

Depende, no entanto, para sua efetivação, condições que só podem ser dadas por um governo democrático, isto é, um financiamento mais adequado do setor, derivado de uma política salarial mais justa, uma real descentralização, com valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços.

Contemplados esses aspectos, o modelo deve adquirir uma lógica e uma dinâmica interna que lhe darão condições de se desenvolver junto com o próprio processo de organização democrática da sociedade, numa direção de equidade social dentro do princípio de que a saúde é um direito básico do cidadão.

### QUESTÕES ESTRATÉGICAS PRINCIPAIS

De acordo com a limitação autoimposta de início, esta proposta de

política procura ater-se aos aspectos internos do sistema de prestação de serviço de saúde, sem se restringir no entanto, aos componentes da assistência médico-hospitalar individual.

Assumindo-se o modelo racionalizador (3ª alternativa), como o mais adequado estrategicamente para um governo de transição democrática, em que as alianças entre os setores progressistas devem ser preservadas e estimuladas como base para avanços sociais e políticos ideologicamente mais definidos, deve-se discutir alguns pontos críticos a serem objeto de decisão, nos momentos subseqüentes.

#### A questão da fusão do INAMPS/Ministério da Saúde

A incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde tem sido uma reivindicação dos setores técnicos esclarecidos há muito tempo, como forma de se unificar as ações de saúde individuais e coletivas, sob a mesma lógica institucional, além de se avançar na direção da universalização do atendimento (até agora apenas assegurado aos previdenciários).

Não há dúvida de que esse deve ser o destino do processo de implementação da política preconizada. No entanto, cabe a discussão da oportunidade da efetivação dessa fusão. O que se aventa é a grande dificuldade administrativa que isso acarretaria, dadas as dimensões e

estratificações exageradas das máquinas burocráticas das duas instituições, podendo impedir a consolidação de alguns processos de avanços mais funcionais que poderiam se dar no período, como preparação para mudanças estruturais mais significativas a serem conquistadas através da Constituinte.

Por outro lado, seria natural que a 'retirada' do INAMPS do MPAS fosse também acompanhada de outros remanejamentos como a passagem do INPS para o MTb, a do IAPAS para o MF e a Assistência Social para MS, por exemplo. Com isso, se esvaziaria, até a sua eliminação, o MPAS, o que, se desejável dentro de uma lógica administrativa a médio prazo, talvez não seja possível ou desejável no atual quadro político.

É necessário, no entanto, destacar que inevitavelmente esse é um caminho a se percorrer na busca de um sistema único de saúde, com comando federal unificado e baseado nos sistemas estaduais de saúde dentro da valorização dos princípios federativos.

No entanto, se colocada a possibilidade dessa reestruturação deve-se considerar essa oportunidade para se rever a própria Lei 6.229, propondo-se uma nova estrutura organizacional e funcional do setor, nos níveis federal, estadual e municipal, já dentro dos princípios e diretrizes antes enunciados, e não apenas uma pura 'adoração' do INAMPS pelo MS, tal qual é hoje.

Evidentemente, isso é atribuição do Poder Legislativo, que terá na Constituinte a ocasião de sua efetivação mais sólida e legítima.

#### A questão da descentralização

Essência do modelo proposto, a descentralização corre o risco de ser entendida por uma simples 'estadualização' ou 'municipalização' do setor, tendo o nível federal apenas um papel de repassador dos recursos da União para os sistemas estaduais e municipais de saúde.

Não parece, no momento, que o aparato técnico-administrativo dos Estados, assim como a sua tradição clientelista os habilitem a assumir, sozinhos e automaticamente, o processo de prestação de serviços de saúde. Mesmo por que isso deveria ser acompanhado de uma correspondente autonomia financeira estadual e municipal, difícil de ser alcançada no futuro imediato.

Por outro lado, não parece que a pura 'estadualização' ou 'municipalização' implique em descentralização, uma vez que esses níveis padecem do mesmo mal do nível federal. O que está em jogo é a desconcentração do poder entre vários níveis, até o de 'ponta de linha'.

Assim, parece prudente se entender a descentralização como diretriz, que deve ir às suas últimas conseqüências, implicando em instâncias gestoras do sistema em todos os níveis, com real poder decisório,

mas preservando-se pragmaticamente uma composição multi-institucional, com participação também federal, mais legítima, como forma de assegurar a equanimidade de critérios técnicos, financeiros e políticos no avanço desse processo de democratização do setor.

#### A questão do controle social

Juntamente com o financiamento e a descentralização, constitui uma das bases do tripé de sustentação do modelo, em termos de sua legitimidade e efetividade.

Faz-se mister que o sistema de prestação de serviços, tanto na sua vertente pública, como na privada, sejam subordinados ao controle dos usuários, em termos de definição de prioridades, produtividade e qualidade.

Como o grau de participação popular é unção da legitimidade do poder público, é de se esperar que a mudança do regime possa dar as condições básicas para o exercício da democracia em todos os níveis da prática da cidadania, assegurando-a e, no particular, garantindo a efetividade do modelo de prestação de serviços preconizado.

Assim, mais do que criar estruturas setoriais próprias de participação, é necessário que os mecanismos de gestão colegiada preconizados sejam legítimos e informados pelos interesses majoritários, canalizados através das várias for-

mas de organização da população, em termos de representação político-formal e de entidades da sociedade civil.

As Comissões Locais Inter-Institucionais de Saúde (CLIS), criadas a partir das assinaturas dos convênios das Ações Integradas de Saúde, entre os Estados e a União podem ser canais adequados para o exercício desse controle.

#### A questão do financiamento

A atual estrutura de financiamento do setor encontra vários estrangulamentos:

- em primeiro lugar, a contratação relativa ao orçamento da Previdência Social destinado ao INAMPS;
- em segundo, a pequena participação do MS e do MEC (Hospitais Universitários) no orçamento da União;
- em terceiro, o esvaziamento dos níveis estaduais e municipais, quanto à possibilidade de destinarem recursos significativos ao Setor Saúde;
- por último, mas não menos importante, é o momento recessivo, que faz diminuir a receita federal em geral, e diminuir a possibilidade das camadas médias da população custearem diretamente os serviços que utilizam, levando a um aumento de pressão sobre os serviços custeados pelo Estado, e particularmente pela Previdência Social.

Assim qualquer proposta alternativa no momento, especialmente a aqui proposta, supõe uma viabilidade financeira que passa por duas etapas: uma, imediata, que define alguns quantitativos percentuais mínimos dos recursos administrados, a nível federal, para o setor; uma segunda, a médio prazo, que subentende a definição de uma nova estrutura de financiamento dos setores sociais como um todo, e da saúde em particular, o que só pode ser obtido no bojo do processo constituinte da nova ordem social e econômica, a ser instalado no próximo governo.

Desde já fica clara, no entanto, a impossibilidade social e política, assim como a inconveniência técnica de se propugnar a participação financeira do usuário no custeio direto dos serviços que utiliza.

Por outro lado, deve-se caminhar para uma 'orçamentação' global do setor, a nível estadual, com definição das cotas de participação institucional, eliminando-se qualquer relação de hegemonia de uma instituição sobre a outra, tendo como meta a constituição dos Fundos Estaduais de Saúde.

Deve também fazer parte dessas condições as exigências de não-retração das dotações orçamentárias estaduais e municipais, para o setor, prática freqüente como consequência da assinatura de novos convênios entre o nível federal e os níveis estaduais e municipais.



### A questão do relacionamento setor público/setor privado

Como já foi colocado anteriormente, o setor privado é responsável pela maior parcela dos serviços de saúde prestados à população. No entanto, essa prestação de serviços não se dá só diretamente, mas principalmente, intermediados pelo tratado, e particularmente pelo INAMPS.

Coexistindo com a prestação de serviços feita pelo setor público, instalou-se uma polêmica sobre a conveniência da prevalência de uma ou outra modalidade. Evidentemente, a iniciativa privada tem o interesse de manter e expandir o seu mercado, que compete com a possibilidade de preservação ou expansão do setor público.

Assim, respaldada pelas diretrizes da política oficial que criou condições para uma privatização intensa do setor na última década, passou a haver um processo acentuado de desqualificações técnicas do setor público, através de uma aliança perversa entre os agentes duplamente vinculados ao setor público e ao setor privado, com interesses específicos neste (dirigentes ou técnicos).

Colocando-se hoje a imperiosidade de se desmistificar esse quadro, face a todos os argumentos já referidos que contra-indicam a manutenção desse modelo irracional e ineficaz, é necessário se estabelecer um novo pacto de relações entre o setor público e o setor privado.

Esse impacto inclui:

- a qualificação do setor público como modelo e padrão de eficácia e eficiência;

- a participação dos prestadores de serviços nas instâncias de discussão de critérios e valores de remunerações dos seus serviços, levando em conta diferenciação tecnológica e desempenho técnico;

- a regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados numa mesma rede;

- o redimensionamento dos serviços contratados, de acordo com reais necessidades de cobertura populacional e observadas as prioridades potenciais do setor público na região;

- a descentralização do controle da qualidade assistencial do relacionamento contratual em nível de CIS, CRIS e CLIS/CIMS (Comissões Estaduais Regionais e Locais Inter-Institucionais de Saúde).

Por outro lado, eliminando-se qualquer tutela ou subsídio do Estado, devem ser respeitadas todas as formas de livre iniciativa no setor, voltadas para as camadas sociais que possam arcar com seus custos.

Como forma suplementar de atenção à saúde, devem ser estimuladas também as iniciativas patronais que visem um melhor atendimento aos seus funcionários, sem que isso represente delegação de responsabilidade pelo Estado ou implique em

repasso de recurso para essa finalidade por parte do setor saúde.

### A questão da Política de Pessoal e do Corporativismo

É patente o papel que a política de pessoal inadequada vem cumprindo como elemento coadjuvante na desqualificação dos serviços públicos em geral, e em saúde em particular, nos últimos anos.

É conseqüentemente desnecessário provar a urgência de medidas que possam tornar o emprego no setor público de saúde estimulante, com o fim de torná-lo eficaz e resolutivo.

Tendo-se como perspectiva a organização dos sistemas estaduais de saúde é de se esperar que, dadas as condições financeiras, possam ser gradualmente desenvolvidos e implementados Planos de Cargos e Salários regionais que, além das questões salariais, contemplem uma política de desenvolvimento de recursos humanos justa e comprometida com as necessidades da política de saúde como um todo.

No entanto, o setor guarda uma particularidade que é a especificidade mítica do profissional médico, acalentando sempre o seu ideal liberal de exercício da profissão.

Afastada, seja por imposição técnica, seja por escassez de mercado, a prática liberal pura foi substituída por um arremedo de liberalismo, em que o médico, credenciado em consultório ou hospital, pelo INAMPS, recebe

deste por serviços prestados. Essa modalidade, no entanto, longe de resolver os 'problemas' da categoria vem apresentando inúmeras distorções e mascarando uma série de questões a nível da luta corporativa. Em primeiro lugar, a expectativa de credenciamento universal não pode se cumprir por imposições econômicas, além da falta de necessidade técnica. Por outro lado, o aviltamento dos valores de remuneração levaram a que se lançassem mão de expedientes (como super-produção) só acessíveis a alguns com poder de controle do 'mercado'. Dessa maneira, a distribuição de rendimentos entre a categoria tornou-se altamente distorcida, com enormes concentrações em mãos de poucos (verdadeiros 'tubarões') que até sublocam seus serviços.

Por outro lado, a lógica da remuneração vigente, valorizando as especialidades, com mais uso de tecnologia, terminam por remunerar melhor o capital que o trabalho, separando (e valorizando) os profissionais 'equipamento-dependentes' dos 'trabalho-dependentes'.

Assim, no conjunto dos médicos que lutam por seus direitos, através de suas corporações (sindicatos, associações, conselhos), deve-se distinguir os reais interesses (muitas vezes antagônicos), escondidos atrás de um discurso liberal que não corresponde mais a realidade do setor (onde a maioria é assalariada) e servindo de oposição a uma alegada 'estatização', responsável pela sua sorte.

Assim, o primeiro caminho para a desmistificação dessa situação é a abertura do diálogo com a categoria médica e as demais categorias profissionais da saúde, avalizado por efetivas medidas de valorização do trabalho assalariado.

### Saúde do Trabalhador

Entre os agravos à saúde decorrentes do desenvolvimento da economia, da urbanização e da industrialização, se sobressaem os acidentes do trabalho e as doenças diretamente ligadas ao processo produtivo, seja pela complexidade e pelas especificidades inerentes ao seu processo de controle e de prevenção, seja pelos aspectos médicos e econômicos implícitos. Hoje o Estado despense uma soma considerável de recursos, no tratamento e na recuperação de trabalhadores acidentados, que poderiam ser economizados, caso as medidas preventivas disponíveis fossem aplicadas.

Por outro lado, atualmente, temos uma dicotomia altamente prejudicial, em que as medidas preventivas e de observância da legislação são de competência do Ministério do Trabalho no que tange à fiscalização, enquanto cabe ao INAMPS a atenção médica ao acidentado, ou ao portador de doença profissional, ficando a reabilitação quando necessária tanto a cargo do INAMPS como a cargo dos Centros de Reabilitação do INPS.

Essa dicotomia entre as atribuições institucionais dos aspectos que

se referem à prevenção e ao controle em sentido amplo e àqueles referidos às ações de recuperação da saúde, leva necessariamente ao comprometimento das possibilidades de sucesso.

Nesse sentido entende-se como proposições fundamentais nesta área:

- inclusão dentro das ações desenvolvidas pelos serviços básicos de saúde, dos aspectos referentes à prevenção e cura das patologias ligadas diretamente ao processo produtivo;
- transferência das atribuições legais específicas, atualmente no âmbito do Ministério do Trabalho para o Setor Saúde, a quem caberia as responsabilidades operativas e legais referentes à prevenção, à recuperação e à reabilitação;
- articulação funcional entre os serviços médicos de empresas e a rede pública de assistência médica;
- estabelecimento de mecanismos que permitam um maior controle, tanto do processo produtivo, quanto dos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores e de seus Sindicatos.

### CONCLUSÕES E MEDIDAS IMEDIATAS

Entende-se que um real equacionamento do sistema de atenção à saúde só poderá advir a médio prazo e permeado por uma nova ordem constitucional que recoloca a questão social como centro das preocupações da nação e do gover-

no. No entanto, é possível no período imediato, se adotar uma série de medidas que comecem a resgatar a dívida social do governo para com a nação e, em particular as relativas à melhoria do atendimento à saúde da população.

Assim, sem propostas drásticas do ponto de vista de grandes reformas estruturais e convivendo-se ainda por algum tempo com os efeitos da recessão, é possível se avançar na direção de uma universalização do atendimento de toda a população, urbana e rural, previdenciária ou não, com equidade, e buscando-se a otimização dos recursos aplicados no setor, além da identificação de novas fontes de financiamento que o viabilizem e o tornem efetivo, eficaz e eficiente.

Dentre as medidas que podem ser adotadas de imediato, podem ser indicadas as seguintes (sem ordem de prioridades):

- redefinição da estrutura de financiamento da Previdência Social, a ser obtida através da incidência sobre a lucratividade (faturamento) e não apenas sobre a folha de salários (inúmeros estudos já disponíveis);
- definição do percentual mínimo da receita previdenciária a ser alocada ao setor de assistência à saúde (entre 20 e 25%);
- recondução das lideranças sindicais e patronais aos órgãos de gestão da Previdência Social;
- decretação do direito universal à assistência à saúde de toda a população brasileira, com os correspondentes atos normativos que permitam o atendimento de qualquer cidadão em qualquer serviço de saúde oferecido pelo estado;
- institucionalização de órgão colegiado interministerial, com participação do MS, MPAS, MEC, e MINTER e com instâncias consultivas aos órgãos sindicais, gremiais e de entidades prestadoras de serviços de saúde, como núcleo organizado da fusão institucional do Setor Saúde. A atual Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), poderá servir de base para tal;
- atribuição ao órgão colegiado inter-ministerial (hoje, CIPLAN), da 'orçamentação' do setor e do acompanhamento da sua execução orçamentária;
- ratificação dos atos normativos que instituem a estratégia de integração interinstitucional do Setor Saúde (hoje, 'Ações Integradas de Saúde'), como política de reorientação da assistência à saúde no país;
- descentralização das atribuições de gestão financeira, administrativa e política dos sistemas estaduais de saúde (público e privado), às Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), assim como os seus desdobramentos micro-regionais (CRIS) e locais (CLIS ou CIMS), de acordo com norma específica;
- criação em cada Universidade Federada do Fundo Estadual de Saúde, responsável pela movimentação de todo o recurso de operação do Sistema Estadual de Saúde, gerido pela CIS;
- desencadeamento imediato, pela CIS, da elaboração de planos diretores estaduais e municipais, atualizando a capacidade instalada pública e privada, regionalizando e hierarquizando os serviços, assim como identificando as necessidades de expansão;
- agilização dos projetos de captação de recursos para expansão da rede de serviços e execução de alguns programas prioritários, especialmente junto ao BNDES/INSOCIAL, CEF/FAZ e BIRD (Banco Mundial);
- redimensionamento dos serviços contratados pelo INAMPS à rede privada, de acordo com necessidades de cobertura assistencial, a nível regional;
- criação imediata de grupos de trabalho com participação de representantes de entidades profissionais e de prestadores de serviços organizados para negociação de novas tabelas de remuneração dos serviços de saúde privados contratados pelo INAMPS, observados critérios de complexidade tecnológica e desempenho;
- eliminação de toda e qualquer relação de compra/venda entre as instituições públicas de saúde, substituindo-as por mecanismos de co-

gestão, obedecidos critérios específicos de alocação de recursos, conforme as instituições envolvidas;

- instituição, através das CLIS/CIMS, de mecanismos de controle da qualidade assistencial;

- constituição imediata de Grupo de Trabalho para redefinir papel, mecanismos de gestão e financiamento dos hospitais universitários e de ensino;

- retomada imediata do Programa Nacional da Indústria Química e Farmacêutica (engavetado no atual governo);

- revisão imediata de toda a legislação sobre propaganda de medicamentos;

- centralização, numa única instituição, das atribuições quanto à normatização, fiscalização e assistência à saúde do trabalhador (INAMPS ou MS);

- reavaliação imediata dos programas, estratégias e atividades do INAN, com vistas a orientá-lo para o atendimento das necessidades nutricionais prioritárias, eliminando-se o paternalismo, o clientelismo político e o favorecimento de grupos ligados à produção e industrialização de alimentos;

- desencadeamento imediato de um amplo estudo que promova a sistematização de experiências, pesquisas e debates sobre a organização e funcionamento do setor, a ser culminado com a realização de uma

grande Conferência Nacional de Saúde, altamente representativa e que tenha por objetivo subsidiar, no correspondente ao setor, a Assembléia Nacional Constituinte. Essa tarefa poderia ser conduzida conjuntamente pela ENSP/FIOCRUZ/MS, e pelo IPEA/SEPLAN, que se articulariam com as demais instituições do setor, num prazo determinado (1 ano), e com recursos especialmente alocados para esse fim (há recursos do BIRD sendo negociados para estudos sobre políticas de saúde, na ordem de 2 milhões de dólares).

Nesse período deverá, além da realização de estudos e pesquisas, ser desenvolvida ampla consulta entre as entidades representativas do setor, organismos comunitários e políticos, em todos os níveis – local e regional –, sendo que a Conferência Nacional de Saúde representará a instância mais global.

Deve-se destacar que as áreas específicas, correspondentes aos vários programas prioritários, como saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, odontologia, saúde mental etc., merecem desenvolvimentos e detalhamentos específicos e à parte, por não corresponderem ao teor e às finalidades deste documento.

DOCUMENTO APRESENTADO COMO SUBSÍDIO  
AO GRUPO DE TRABALHO DA ACESSÓRIA  
PARLAMENTAR DO PMDB/SAÚDE.

## Deu Certo!

### It Worked Out!

Sérgio Arouca

Médico sanitarista, doutor em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da USP, pesquisador titular da ENSP/Fiocruz, ex-presidente da Fiocruz (1985-1991), ex-deputado federal (1991-1998), secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

Eleutério, irmão, camarada,

Estamos organizando a 12ª Conferência Nacional de Saúde, e você vai fazer uma falta danada na comissão organizadora. Na 8ª Conferência você deixou sua marca – deu o maior apoio como secretário geral do Ministério da Saúde, fazendo o meio de campo com o ministro, escrevendo o texto preparatório para a discussão do tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, fechando o relatório final e também, nós sabemos quanto, no discurso de abertura do presidente José Sarney.

Dezessete anos depois da 8ª, novamente presidente da comissão organizadora, o tema da Conferência anda em torno de ‘um novo ciclo de reformas’. Você sabe o quanto nos dedicamos a construir o Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo de vista a reforma sanitária e, mais ainda, como nos tempos difíceis acabamos ‘blindando’ o SUS para resistir aos ataques neoliberais e con-

servadores. Está na hora de fazer uma análise crítica bem feita e dar um salto de qualidade. Não vai dar para você escrever um texto orientador das discussões, mas tem bastante material seu apontando os ‘nós’ e as conseqüências das estratégias possíveis que utilizamos.

Já que estamos contando tempo, acho que foi entre 1972 e 1973 que você e o Ricardo Lafetá apareceram em Campinas para conversar. Vocês tinham acabado de fazer o curso na Faculdade de Brasília, inovadora, que experimentou, antes das outras, uma nova forma de pensar e pôr em prática a medicina preventiva e social, com a experiência de Sobradinho. Vocês foram conhecer a residência na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), quando estávamos tocando o projeto de Paulínea, mas acabaram indo para a Universidade de São Paulo (USP). Trinta anos... o tempo passa! Somos amigos desde essa época e, juntos, vivemos um bocado de coisas.

Quando começou a ‘retirada’ de Campinas você já estava no Rio, e quando fui para a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), montar o PESES, você estava no Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fomos nos juntar de novo no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) do Rio de Janeiro, na sede do Sindicato dos Médicos, na avenida Churchill. Nossos encontros aconteciam toda segunda-feira, à noite, seguidos de chope no Amarelinho (alguns insistiam que, por coerência ideológica, deveríamos freqüentar o ‘Vermelhinho’).

Quando fui para a Nicarágua era presidente do CEBES, e Reynaldo Guimarães, o vice, assumiu. Mas, pouco tempo depois, você foi eleito e com Temporão, Paulo Amarante e Jaime Oliveira tentaram, e conseguiram pôr em dia a *Saúde em Debate*, da qual eu só tinha conseguido publicar um número e, ainda por cima, com dimensões totalmente diferen-

tes dos anteriores. Vocês também mudaram o *layout* da revista e publicaram material sobre Nicarágua e Cuba. Enquanto eu estava por lá, você me mandava as versões do PREVSAÚDE: primeira versão, segunda versão. Foi nos visitar levando mais uma versão. Era difícil avançar naquela época, mas 'barulho' nós fazíamos, e fazíamos tanto que até parecia que éramos muito mais...

Você se licenciou da presidência do CEBES e entrou na Previdência Social. Corajoso, você! Era uma discussão danada se devíamos ou não trabalhar no Estado que 'era o comitê de negócios da burguesia'. Em plena ditadura militar, ocupar cargos ou funções no governo podia ser considerado até como 'traição'. Era uma discussão infundável. Você defendia a importância de entrar nas instituições, de 'abrir espaços' e foi (fomos) muito bombardeado(s).

Acho que de todos nós, você foi o que mais 'abriu' e 'ocupou' espaços nas diferentes instituições. Você passou pela Universidade (estava em Brasília quando a UnB foi invadida), pela Previdência Social e pelo Ministério da Saúde. Você pagou todos os preços dessa postura, mas não desistiu. Demonstrou por experiência que nossa estratégia era correta, que o Estado não era monolítico e, antes mesmo dos 'eurocomunistas', a gente pôs em prática a idéia de construir a contra-hegemonia. Os tempos eram difíceis, mas animados...

Embarcamos juntos na 'Nova República'. Você na Secretaria Geral do Ministério da Saúde, eu na presidência da FIOCRUZ. Na transmissão de cargo, o ministro te mandou como representante e as fotos nos mostram, super sérios e compenetrados, na frente do Castelo, fazendo a festa. Foi uma festa. Movida a hino nacional! - naquela época, acho que desde as Diretas Já!, tudo era motivo para cantarmos o hino nacional. Depois do hino, o chope, no Castelinho de Ipanema, a mesa imensa e gente que não acabava mais.

Não me lembro se chegamos a fazer alguma análise crítica (ou autocrítica) de nossas propostas na época. Em algumas, entramos 'de gaiatos' ou por excesso de utopia, mas você concordaria comigo que tudo valeu a pena, só por ter conseguido fazer a 8ª Conferência do jeito que foi. Os painéis imensos naquele ginásio de esportes, escritos, com a letra da Cris Tavares, "Democracia é Saúde", atualizando o lema de criação do CEBES, "Saúde e Democracia"; as pessoas debatendo em 135 grupos de trabalho; as votações da plenária final; e novamente, o hino nacional para encerrar, emocionando a todos, mas sobretudo, a gente que vinha nessa batalha há alguns anos.

Depois veio a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, diferente do grupo executivo proposto no relatório final, mas a conjuntura já tinha mudado. A república já não era tão 'nova', os ministros eram

outros, o plano Cruzado 'laçava boi no pasto', foi o possível. Mesmo assim não era uma comissão de notáveis, havia representantes da sociedade civil, e você e Cordoní, na assessoria técnica, apoiando Arlindo e Cristina Possas. Na CNRS você começou o trabalho que virou o seu xodó: redigir, debater, negociar, reformular, debater, articular sobre o texto de Saúde para a Constituição. Quase dois anos de idas e vindas para conquistar o direito à saúde e a unificação do sistema no SUS, e as diretrizes de descentralização, integralidade e participação popular. Foi uma bela batalha – a sua – no seio da Plenária de Saúde, que ia desde as articulações políticas macro até ter que decidir, em cima do lance, como gosta de contar a Sônia Fleury, se num determinado parágrafo do artigo x, inciso z, era 'e' ou vírgula. Questões políticas candentes decididas na redação dos textos.

Da vitória na Constituinte você emendou, junto com a Plenária de Saúde, na briga pela Lei Orgânica. E aí os tempos tinham mudado muito mesmo... Collor na Presidência da República e Alcení Guerra no Ministério da Saúde. Os tempos ficaram mais difíceis ainda. Conseguimos o texto da lei e o Collor vetou todos os artigos sobre os conselhos e os mecanismos de repasse automático dos recursos para estados e municípios. Nova negociação, muita pressão, o escândalo das 'mochilas' no ar, conseguimos a segunda

parte da lei, e a Lei Orgânica da Saúde virou duas.

Fui eleito deputado federal, com residência em Brasília, e você, chateado com a falta de espaço para trabalhar no Ministério da Saúde, enquanto dava aulas na UnB, decidiu prestar concurso para assessor legislativo da Câmara dos Deputados. Você é que deveria ter sido deputado, levava mais jeito do que eu e conhecia, muito melhor, aquela casa. E você detestou a função de assessor legislativo, de escrever projetos com os quais você não concordava. Tentava convencer os deputados e extrapolava as funções de assessor que deveria apenas dar uma forma de projeto de lei às idéias dos parlamentares. Mas isso era 'demais pro seu estômago' Conseguimos algumas liberações, você me deu uma força no gabinete, mas acabou pedindo para voltar para a UnB, achando que lá poderia ser melhor.

Foi um tempo de trabalho chato tanto para você quanto para mim, mas curtimos o que podíamos. Almoçamos muito em restaurantes, na sua casa, fomos na chácara conhecer os seus patos e galinhas, discutimos a extinção do Partidão, estávamos juntos na fundação do PPS, analisávamos criticamente a sucessão de ministros de saúde e pensávamos que era um refluxo, mas não uma derrota. No segundo governo FHC cada um estava no seu lado. Não nos encontramos mais. Eu voltei para o Rio, você ficou doente e

foi para Campinas. Recebi notícias suas e pensei até em ir lhe visitar, mas, você sabe que eu não sou bom para essas coisas, fico emocionado, acho difícil, prefiro viver com a imagem de você na ativa.

Quando me pediram um texto sobre você, acho que a primeira coisa que me veio à cabeça foi que eu queria te escrever uma carta para lhe dizer que toda a briga que você brigou, que o trabalho que você investiu, que o projeto que você participou "deu certo!".

É isso aí, axé!

*Arouca*

## Reunião da ABRASCO em Cachoeira, Bahia<sup>1</sup>

ABRASCO Meeting in Cachoeira, Bahia

Eleutério Rodriguez Neto

Eleutério Rodriguez Neto é pós-graduado em Medicina Preventiva na Universidade de São Paulo (USP). Foi secretário geral do Ministério da Saúde (1985-1986) e atualmente dirige o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB)

*Em 22 de setembro de 1987 a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) organizou um seminário para debater o processo constituinte na cidade de Cachoeira, na Bahia. Desta reunião foram publicadas as transcrições do discurso feito por Eleutério Rodriguez Neto (sem título) e os pronunciamentos realizados na Mesa Redonda "Reforma Sanitária: estratégias políticas para a Constituinte", coordenada pelo professor João Gilberto Lucas Coelho (diretor do Centro de Acompanhamento da Constituinte da UnB), com a participação dos deputados constituintes Euclides Scalco (PMDB/PR) e Eduardo Jorge (PT/SP), Francisco Barbosa Costa, representando a Plenária de Saúde e a ex-vice-presidente da ABRASCO, professora Sonia Fleury. O texto publicado manteve sua forma original, isto é, a de uma intervenção oral. Optamos por realizar pequenas modificações visando auxiliar a compreensão sem uma extensa edição.*

Os Editores

*Eleutério Rodriguez Neto foi um dos participantes da reunião da ABRASCO, em Cachoeira, Bahia, no ano passado. Fez uma análise do processo de Reforma Sanitária desde o início do Movimento até a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Apresentamos aqui a íntegra de seu discurso.*

Em primeiro lugar, eu quero agradecer à Diretoria da ABRASCO por ter feito esse convite. E eu entendo que o convite tem a ver basicamente com o que nós temos vivido, ex-

perimentando, nos últimos meses. Portanto, quero agradecer a oportunidade de compartilhar essa experiência muito rica, a discussão das questões da Reforma Sanitária tanto na perspectiva institucional, quanto na perspectiva do debate parlamentar na Constituinte no momento. Eu vou tentar centrar/contar um pouco das coisas até esse momento mais recente.

É impossível começar um encontro como este sem fazer um certo recorrido histórico de algumas ques-

tões. Não dá para a gente ignorar certas questões.

Não chegando propriamente a contraditar, mas colocando uma outra vertente da questão, um certo desafio nessa reunião, do Movimento Sanitarista ou do Movimento ter estado um pouco afastado do que está ocorrendo na dinâmica institucional, na dinâmica da formulação da política, eu acho que, na realidade, esse 'afastamento', eu chamaria assim, é fruto do próprio trabalho desse Movimento. De qualquer for-

<sup>1</sup> Originalmente publicado em *Saúde em Debate*, Londrina, PR, v.12, n. 20, p. 33-38, abr. 1988.



ma, me parece que nós estamos chegando a um momento em que a questão do nosso objeto está em discussão, não por uma questão simplesmente acadêmica, mas pela transformação da sociedade, pela transformação da questão setorial, do nível de debate, da questão da saúde, da formulação da política de saúde.

Nesse sentido, eu acho que se a gente está impregnado de um certo sentimento de perplexidade, se é que existe esse sentimento, isso é decorrente do processo em si, do processo em que esse Movimento de Saúde Coletiva teve um papel determinante, um papel fundamental ou preponderante.

Se a gente for analisar, nos últimos 15, 16 anos, houve um processo ininterrupto de construção dessa proposta, que teve origem nos departamentos de medicina preventiva, nos departamentos que se estruturavam em torno de uma proposta de pós-graduação. É muito nítido, no começo dos anos 70, a reestruturação do Departamento de Medicina Preventiva da USP, o Instituto de Medicina Social da UERJ e o grupo que se organizou, também na UNICAMP, mais ou menos nesse mesmo período. O grupo que se organizou na UNICAMP é que, posteriormente, se transferiu para a ENSP, indiscutivelmente, independentemente da participação de outros grupos que se alojam em outros departamentos na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, etc.

Foram os núcleos básicos que fizeram as primeiras propostas de crítica, de discussão do modelo de atenção à saúde vigente numa perspectiva diferente do que vinha sendo o 'campo de Saúde Coletiva', da Saúde Pública até então, basicamente, um campo nitidamente de atuação, de intervenção, nos aspectos típicos da chamada Saúde Coletiva. Esses Departamentos de Medicina Preventiva, essas escolas de Saúde Pública, nessa nova dimensão, passaram a assumir a crítica do modelo assistencial, da organização do sistema de saúde como o centro de suas preocupações. E começou-se a gerar documentos, teses, projetos de pesquisa. Não tenho dúvida nenhuma que foram os núcleos desse movimento que a gente está chamando hoje de Movimento da Reforma Sanitária.

Y: "Nesta linha, é evidente que muita gente colaborou do ponto de vista individual, na sua prática política, independente da sua prática política partidária, na sua prática política jornalística mas, evidentemente, quem permitiu a sistematização do conhecimento, o desencadeamento de algumas linhas de pesquisa que permitiram a compreensão melhor desse 'caos', de uma determinada lógica da Organização dos Serviços de Saúde, mas para mim não há qualquer tipo de dúvida que foi o Movimento da Saúde Coletiva. Foi determinante e o condutor principal até há alguns me-

ses, eu diria, até um ano e pouco, desse processo. Falo até um ano e pouco, porque neste momento esse processo ganha uma outra dimensão, através da Conferência Nacional de Saúde, um novo marco nesse processo de construção da Reforma Sanitária.

Se nós formos recapitular, veremos uma coisa bastante encandeada, bastante conseqüente, bastante dialética e bastante contínua, sem períodos de interrupção importante.

Nós vivemos, do ponto de vista de Brasil, um processo absolutamente peculiar, conseqüente e politizado na construção da proposta de saúde. Um pouco diferente de alguns outros países. Vamos voltar um pouquinho atrás para fazer esse tipo de comparação, porque eu acho que o nosso processo tem uma perspectiva - nasceu de uma perspectiva de oposição ao regime. Ele nasceu de uma perspectiva de oposição não só do modelo de organização do sistema de saúde que estava aí mas, basicamente, numa perspectiva política de oposição ao regime pela concepção intrínseca de saúde, que estava presente nesse Movimento, que é a saúde determinada pela forma de organização social.

Nesse sentido, o movimento de oposição que se sediou na saúde passou a usar como bandeira, como instrumento da sua luta, a crítica do modelo vigente e a elaboração e a construção de uma proposta alternativa que passava pela democra-

tização, mas que implicava numa determinação interna do próprio setor de saúde. Esse é o caminho de todos esses movimentos.

É um processo, a meu ver, bastante contínuo. Nós vamos encontrar, a partir dessa reorganização da Medicina Preventiva, especialmente no começo dos anos 70, logo mais para quando o INAMPS começou a dar aquele salto qualitativo, aquele bom expansionista do INAMPS. A crítica começa a ser feita de forma mais organizada, tendo como objeto o próprio INAMPS. E surge nesse contexto o CEBES. O CEBES me parece uma instituição também crítica, do ponto de vista da condução desse processo, da politização desse processo, da divulgação desse processo.

Isso foi em 1976, e Logo em 1979, se organiza o Simpósio de Saúde na Câmara dos Deputados que faz, pela primeira vez, de uma forma pública extensa e bastante consensual, a proposta do chamado Sistema Único de Saúde, dentro da perspectiva da democratização da saúde. A ABRASCO se estrutura nesse preciso momento, organizando toda essa prática acadêmica que estava, vamos dizer assim, imobilizada. A ABRASCO passa a ter um papel extremamente importante nesse nível de organização.

Em seguida, em 1980, vemos o surgimento da proposta por parte do próprio governo, numa tentativa de resposta à crise que se avizinhava. Vamos ver a proposta do PREVSAÚDE.

Incorpora as principais teses da descentralização, hierarquização, regionalização, dá ênfase aos serviços de saúde. Não vou entrar aqui na discussão do PREVSAÚDE mas, enfim, é a primeira proposta que sai como resposta do Estado a esse movimento, embora, evidentemente, que quanto mais ele assumia a proposta, menos o Estado a encampava.

Com o agravamento da crise, nós vamos ver, logo no final de 1981, a criação do CONASP. Nove meses depois da sua criação, o surgimento das propostas do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, o chamado Plano do CONASP, que vem também, na mesma perspectiva, já mais escoimado, vamos dizer assim, orientado para as necessidades internas da Previdência Social, no sentido da sua contenção de gastos. Ele vem, de qualquer forma, trazendo pela primeira vez, aí sim, de forma mais oficial, a proposta de uma descentralização, de maior utilização das secretarias estaduais e municipais na cobertura assistencial que era oferecida pelo próprio INAMPS, surgindo aí como decorrência desse certo avanço do próprio processo democrático.

Dentro do plano de reorientação, surge a proposta das Ações Integradas de Saúde. Uma proposta que, sem dúvida, também incorporava os princípios básicos da universalização, da equidade, da descentralização, da regionalização e do reforço do Setor Público. É a essência da

proposta que tem uma característica diferente da proposta feita pelo próprio Plano CONASP.

Uma ação, uma atividade, um programa. Primeiro como um convênio trilateral e, depois, como programa de Ações Integradas, que deveria estar a serviço, exclusivamente, dos interesses de racionalização de recursos do INAMPS, passa, num determinado momento, a ter outros atores na sua formulação, especialmente nos governos estaduais e alguns governos municipais. Eles passam a assumir a proposta como uma de interesse dos governos estaduais e dos governos municipais, que contam essa proposta com outros componentes, fazendo com que ela transcenda a própria Previdência Social, fazendo com que se expandam os convênios já em negociações entre os interesses do Ministério da Previdência e os interesses das Secretarias de Saúde, chegando, no começo de 1984, como uma proposta já não mais do Ministério da Previdência, mas como uma proposta intergovernamental, incluindo aí o Governo Federal, os governos estaduais, os governos municipais, na chamada estratégia de Ações Integradas de Saúde.

Nós sempre colocávamos essa estratégia nas discussões que aconteciam – de que era o sistema único possível, o avanço possível naquele momento. E que, na discussão de uma perspectiva de mudança de governo, numa perspectiva de tran-

sição para a democracia, ela não podia ser desconsiderada na proposta do programa de governo que devia formar a nova etapa da vida do país, a chamada Nova Republica.

Nesse sentido, as Ações Integradas são conservadas como propostas estratégicas e proposta de avanço funcional, sendo que esta não é suficiente. Ela é necessária, mas não é suficiente. É mister, então, se avançar em propostas de transformação um pouco mais estrutural, na perspectiva do Setor Saúde. Quer dizer, mudanças de reorganização profunda, na forma de relacionamento, nas atribuições das instituições do Setor de Saúde que vão fazer parte, portanto, do corpo programático, que vai formar, ou pelo menos pretendia formar, o programa de saúde na Nova República.

Eu acho que é do conhecimento de todos vocês o que tem acontecido nesse período mais recente. No Setor Saúde difunde-se um sentimento bastante profundo de frustração, em tempos do não avanço de alguma coisa que aparentemente já se passava na cabeça de todas as pessoas.

Poderíamos, e têm sido feitas muitas análises nesse sentido, como discutir o porquê de acontecer isso. Acho que não é muito difícil a gente entender o jogo de poder que se estabelece em determinado momento, quando não há propriamente uma substituição das forças políticas, mas uma ocupação de espaços institucionais por pessoas, algumas

comprometidas inclusive com a proposta, mas que não detêm um poder suficiente para, do âmbito da sua instituição própria, poder conduzir esse processo de mudança de uma forma mais definitiva.

E essa primeira etapa, esse primeiro ano de trabalho na questão saúde, acaba sendo um ano muito mais de compreensão profunda do processo por dentro das próprias instituições e um avanço das estratégias de Ações Integradas de Saúde, sem que tenha havido mudanças estruturais mais concretas.

Poderíamos fazer uma série de análises da questão do poder. Ver como fica essa questão do poder na área da Saúde. E sobre essa questão da polêmica, da passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde ou não. Mas, independente dessa discussão, o importante é que a partir dessa impotência dos técnicos, dos dirigentes assumirem no interior desse Estado, desse novo governo, a liderança ou a condição de fazer o processo andar mais, surge a possibilidade de que essa questão seja colocada numa outra dimensão. Quer dizer: a alegação de que a questão do Sistema Único era uma coisa que vinha sendo mantida numa discussão muito técnica, muito acadêmica e que precisava ganhar uma dimensão mais política e mais social, contaminando ou perpassando os outros segmentos da sociedade, faz com que surja, concretamente, esse impasse entre o

Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde. E, desse impasse surge a negociação entre esses mesmos Ministérios, fazendo a proposta da convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde seguramente representa um marco. Um marco que introduz definitivamente a sociedade no cenário da discussão da saúde. Tira a questão 'saúde' da discussão dos fóruns da ABRASCO, da Medicina Preventiva, da Saúde Pública, do CEBES e coloca numa outra dimensão. Dimensão em que participam as entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, o parlamento etc. Avança na sua proposição, colocando não mais a questão 'saúde' como uma questão puramente setorial, como até então vinha sendo traçada. Apesar dos nossos documentos sempre terem o cuidado teórico de colocar num cantinho: "a saúde é determinada pela organização social" etc. e tal, do ponto de vista do nosso trabalho objetivo, do ponto de vista da organização, da prática de saúde, a coisa se colocava sempre muito intra-setorialmente.

A 8ª Conferência faz com que essa questão transborde, faz com que a questão da saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo que deveria, então,

ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de Governo, e não mais em um objetivo de um, dois ou três ministérios de um determinado grupamento social representado pelos profissionais de saúde.

Parece-me que esse é o grande salto que se dá – a grande chance – a grande potencialidade que o Movimento ganha ao mesmo tempo em que, do ponto de vista das tendências políticas, em termos da construção da democracia, começa a reverter de uma certa forma. Ao mesmo tempo em que tínhamos uma resposta para as pessoas, nós apostávamos que essa proposta avançaria no bojo do próprio avanço da democracia.

De repente, o tapete da democracia começa a ser puxado. Daí, acho importante a peculiaridade do processo da saúde. Esse movimento contínuo que vem desde o começo dos anos 1970, faz com que o processo vá se agregando, se expandindo e ganha, por ocasião da 8ª Conferência, uma dimensão que faz com que ele se independa do movimento intragovernamental possível, que começa a ser cerceado pelo próprio fechamento do regime, ou pelo menos, pela própria dimensão do ritmo dos avanços políticos e da democracia.

Nesse sentido, a 8ª Conferência propõe não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas a Reforma Sanitária. E passa a ser um movimento da sociedade, ou pretende ser um movimento da sociedade, que tem o con-

teúdo da intersectorialidade, da questão da saúde como objetivo maior, associado com a questão da jornada de trabalho, da Reforma Agrária, da alimentação, do abastecimento, da habitação, do saneamento etc.

A expectativa da implementação dessa proposta como uma decorrência natural da sua legitimidade, obtida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, não se dá pela própria perda de aderência das propostas do Governo que está aí, presente, com as propostas da democratização.

Nesse sentido, a ABRASCO passa a ter, num determinado momento, um outro papel fundamental: tirar da inércia esse processo que estava encomendado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, da implementação ou da formulação concreta das propostas de implementação da Reforma Sanitária. E se consegue também, em termos de negociação política com lideranças do setor, a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

Acontece uma questão interessante: embora a CNRS tivesse representação de várias entidades (CGT, CONTAG, área profissional da saúde), era uma Comissão que estava organizada sob encomenda basicamente dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Quer dizer, era uma coisa que deveria ser elaborada para ser entregue aos Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Nesse sentido, a Comissão não se colocou de uma forma política

no sentido de viabilizar as posições majoritárias ou as posições, vamos dizer assim, que de fato fossem deduções das conclusões da 8ª Conferência Nacionais de Saúde.

Na realidade, as conclusões da 8ª Conferência acabaram por ser re-colocadas na Comissão [Nacional] da Reforma Sanitária. E é justa a acusação, que em muitos momentos se faz, de que as propostas que saíram da CNRS perderam a aderência e a organicidade com o que estava proposto no Relatório [Final] da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Isso por que, num impasse, para não se colocar questões de votação, acabou-se tendo que aplainar por baixo e chegar nos pontos que, embora fossem insuficientes, poderiam ser identificados mais ou menos como consensuais.

A própria proposta da Comissão [Nacional] da Reforma Sanitária, no que diz respeito à Constituição, é mais atrasada do que a proposta que se consegue aprovar mais à frente na própria Subcomissão de Saúde, já dentro da Assembléia Nacional Constituinte. Isso a gente pode discutir um pouquinho mais à frente.

Do ponto de vista da própria Lei do Sistema Nacional de Saúde, algumas tendências de apresentar, de fato, o anteprojeto de lei que pudesse ir correndo paralelamente à questão Constitucional também não se conseguiu amadurecer suficientemente. As discussões técnicas avançaram. Eu acho que exis-

te documentação suficiente para que se avance nessa discussão. Os grupos técnicos que trabalharam na Comissão [Nacional] da Reforma Sanitária deram todas as contribuições e todos os subsídios que permitem, nesse momento, uma retomada desse processo.

A proposta que não foi aprovada, mas que foi o nível possível de reformulação diante da Comissão [Nacional] de Reforma Sanitária no relativo ao conteúdo de uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde, procura guardar coerência com a proposta constitucional. Mas acho que ainda têm muitos pontos para serem discutidos aí. Essa questão é independente da questão Constitucional, que está no próprio processo sobre o qual eu quero falar um pouquinho mais adiante: a Lei do Sistema Nacional de Saúde, que redefina as atribuições da União, dos Estados, dos Municípios; que redefina, no concreto, a questão do financiamento, as formas de relacionamento com o setor privado, a política de recursos humanos no setor e a questão da articulação do setor saúde com os outros setores.

Acho que é esse, nesse momento, o grande objeto de trabalho dos profissionais da saúde que estão envolvidos na construção desse processo. Não só do ponto de vista da construção técnica dessa proposta, como da sua construção estratégica, porque nesse momento existe uma certa sensação de que a coisa está elaborada

num determinado nível, mas não existe a formulação estratégica para complementação. Todas as discussões realizadas sobre o conteúdo dessa nova Lei do Sistema Nacional de Saúde levam à seguinte pergunta: "Mas, e daí?" Nós concordamos com o papel executivo fundamental no nível municipal e estadual, com o esvaziamento executivo do nível federal, nós concordamos com o Sistema Único de Saúde etc., mas como é que isso vai passar para a realidade no concreto, no dia-a-dia de cada um dos Estados?

O INAMPS vem dando alguma resposta, de uma certa forma. É uma polêmica que se instala nesse momento, quando começa a se discutir a unificação por baixo, numa falsa oposição, no meu entender, quando se coloca unificação por baixo versus a unificação por cima. A unificação do Sistema Nacional de Saúde ocorrendo ao nível das fusões, das integrações, da otimização ou do incremento das Ações Integradas de Saúde, onde começa a se esvaziar umas funções executivas da Superintendência para ser delegado às secretarias estaduais.

Mas eu pergunto: esse é o caminho que vai levar, de fato, às mudanças que nós queremos, do ponto de vista da implementação desse novo Sistema Nacional de Saúde? Eu, em princípio, acho que não, embora seja o caminho possível, como foram as Ações Integradas [de Saúde] em determinado momento.

Acho que é um caminho que pode até servir de estratégia para se avançar. Não me parece que esse processo ainda é baseado no processo de convênios, num processo terminal.

Outro dia participei, em Brasília, de várias assinaturas de convênios dos governos estaduais e municipais e, a despeito de todo respeito e de toda concordância com a necessidade de se fazer, de se usar esses canais para se avançar na descentralização, eu comentava com um companheiro possuir um certo sentimento de frustração, de decepção e até de depressão de, em 1987, nós ainda estarmos assinando convênios em que o Governo Federal, numa benesse, repassa recursos para os governos estaduais e municipais.

Então, é uma sensação muito ambígua: ao mesmo tempo em que a gente não pode deixar a peteca cair, em que a gente tem que continuar avançando nos espaços restritos que estão aí, nós temos que ter clareza de que o avanço da Reforma Sanitária passa por outros canais na sua determinação efetiva. Ele passa pelo avanço na Constituição, por uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, por uma autonomia efetiva dos estados e municípios e não mais por uma concessão do nível federal, aos estados e municípios.

Acho que esta é uma questão que a gente deveria aprofundar não só nesta reunião aqui, como acho que deveria ocupar os espaços nas nossas preocupações acadêmicas, nes-

se momento, como projetos de investigação, como a própria ABRASCO está incentivando, quando promove o projeto da ABRASCO/FINEP.

Nesse sentido, acho que essa questão tem que ser pensada. Quando se fala que “nós precisamos, a Saúde Coletiva precisa voltar para esse processo”, acho que não é na questão de recuperar espaços. É uma questão de ter um objeto. Como nós tivemos objetos que não puderam ser discutidos e construídos por outros segmentos do Setor Saúde, eu acho que, nesse momento, esse segmento da Saúde Coletiva tem um objetivo muito concreto, muito imediato, que é a construção desse novo Sistema Nacional de Saúde e da estratégia para sua viabilização.

Eu acho que da construção desse objeto vai nascer a própria redefinição do espaço da Saúde Coletiva no momento subsequente. Não são coisas que se dão isoladamente, mas de forma bastante integrada. E a área de Saúde Coletiva tem não só como direito esse espaço. Tem como obrigação política, pela sua própria participação e condução desse processo. Acho que não dá, nesse momento, para falar que a questão da saúde está conquistada, que está colocada na boca do povo, e vamos deixar que o povo construa o novo Sistema Nacional de Saúde, porque supõe-se uma construção técnica no interior dessas instituições, especialmente das instituições que me parecem mais qualificadas e habilitadas

para conduzir, de uma certa forma, esse processo. Evidentemente, um processo que não pode ser colocado numa perspectiva de longo prazo, mas num processo de curto e médio, que tem que ser explorado.

Do ponto de vista da proposta da lei, acho que é mais ou menos fácil de se deduzir para onde se encaminha. Têm algumas ‘sacações’, algumas inovações que podem ser analisadas e discutidas, mas a grande questão que se coloca é a estratégia. Como é que nós vamos, de fato, viabilizar essa nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, e mais do que isso, como é que nós vamos implementar essa nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, tendo por suposto que esse é um caminho que não vai ter volta, que não terá reversão do seu curso? Acho que é a questão que está hoje colocada, da saúde na Constituinte.

A proposta que saiu da Comissão [Nacional] da Reforma Sanitária, que foi entregue na Subcomissão de Saúde, acabou sendo, na sua essência, incorporada pela Subcomissão de Saúde da Assembléia Nacional Constituinte. E não só incorporada, como enriquecida em muitos aspectos.

Eu não sei se é do conhecimento de todos, mas o processo de discussão na Assembléia Nacional Constituinte é, mais ou menos, o seguinte: existe uma primeira Subcomissão da Saúde, da Seguridade e do Meio Ambiente, que deveria, ouvir

a sociedade, deveria organizar algumas audiências públicas para ouvir as propostas que eram trazidas pelas entidades governamentais ou civis e acrescentar a essas as propostas que cada um dos parlamentares, cada um dos constituintes trazia, para que o Relator pudesse formular um anteprojeto que, então, era votado, na Submissão. Essa é a primeira etapa do processo da Constituinte. Numa segunda etapa, se fundem algumas dessas Subcomissões, criando uma nova Comissão. No nosso caso, a Comissão da Ordem Social, que fundiu a Subcomissão do Direito dos Trabalhadores com a Subcomissão da Saúde, Meio Ambiente e Seguridade, com a Subcomissão dos Negros, Minorias, Deficientes e Populações Indígenas. Isto passou a constituir a Comissão da Ordem Social.

Novamente, a partir dos relatórios apresentados pelas Subcomissões, das propostas de emendas apresentadas pelos Constituintes, o Relator formula um novo projeto, que é novamente emendado, é sujeito novamente às propostas de emendas; é elaborado um novo projeto, um novo substitutivo e é colocado em votação.

De 24 constituintes na Subcomissão de Saúde, nós podemos observar que três ou quatro, à direita ou à esquerda, tem posições definidas. Nessas posições polares a gente encontra a minoria dos constituintes. A grande maioria está no

meio, não tem propostas formuladas. E as respostas, nas entrevistas feitas antes das audiências públicas, no sentido de saber se conheciam a proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, eram muito vagas. As pessoas não conheciam nem tinham posição firmada.

O Sistema Único [de Saúde] passou a ser uma palavra de ordem muito difundida. É uma palavra que está presente na boca de todos, praticamente, mas sem uma formulação muito concreta do que seja de fato. É o que a gente vai ver no decorrer do processo de discussão na Subcomissão, onde foram organizadas as audiências públicas. E todas as entidades que se propuseram a ser ouvidas foram ouvidas. De fato foi um processo bastante amplo. Foram 15 ou 17 audiências públicas para se discutir essas questões.

Em primeiro lugar, as propostas da 8ª Conferência foram muito consensuais, muito convergentes. A grande maioria das propostas que foram colocadas ali, foram na direção da 8ª Conferência. Por outro lado, as colocações feitas em oposição a isso foram muito inconsistentes do ponto de vista da correlação de forças que se apresentou, do ponto de vista das argumentações que se colocaram ali.

Ao final, a votação do anteprojeto incorpora as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, colocando a questão da saúde como função de natureza pública, cabendo ao

Estado a sua normatização, execução e controle. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária não conseguiu incluir a palavra 'execução' como de responsabilidade do Estado. Colocou normalização e controle, mas ela não conseguiu incluir essa palavra. E na Subcomissão da Assembléia Constituinte, essa palavra foi incluída. Parece-me que ela é definitiva, do ponto de vista da natureza. Ela é definitiva do ponto de vista de dar conotação diferente.

Nesse sentido, o que estou querendo colocar, é o seguinte: é possível! A Assembléia Nacional Constituinte não é um bloco monolítico, do ponto de vista de que nós já ganhemos ou já perdemos.

Evidentemente que se a gente colocar a questão econômica mais substantiva, da Reforma Agrária, a questão do modo de produção, propriamente dito, não há dúvidas de que não devemos ter grandes ilusões sobre isso aí. Agora do ponto de vista do avanço das questões sociais, embora exista ainda resistência para uma série de propostas – não só na questão de saúde, mas na questão da jornada de trabalho, do direito de greve, da estabilidade no emprego, do controle do meio ambiente, da educação – embora essas questões ainda estejam em discussão, não me parece que seja uma questão resolvida nem para o lado progressista e nem para o lado conservador. É um processo passível de uma interferência que vai ser dada por um nível de

mobilização, um nível de pressão objetiva que se faça sobre os constituintes em todas as etapas.

A polêmica começa na questão de definir a natureza pública da ação de saúde e o papel da iniciativa privada nessa execução. Aí, existe a grande polêmica. Na realidade, a expectativa da iniciativa privada – e quando eu falo de 'iniciativa privada' não é do setor produtivo nacional, é do setor médico empresarial, do setor hospitalar privado – é continuar mantendo o seu privilégio, continuar recebendo os recursos do setor público para o seu funcionamento.

O que está sendo colocado e discutido até hoje, majoritariamente, é a questão do setor privado sendo utilizado nos momentos em função da necessidade de cobertura assistencial e de acordo com o contrato de Direito Público, mas praticamente numa perspectiva da estatização. E o que não se quer é justamente isso. Então, é essa questão polêmica que está colocada centralmente.

A outra questão polêmica – e aí já não é mais só entre os setores conservadores e os setores progressistas – é a do financiamento. Na questão do financiamento, tradicionalmente, nós lutamos pelo Sistema Único de Saúde. Um único comando de nível federal, com um financiamento com fontes de recursos independentes para o setor de saúde, com fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Na dis-

cussão mais recente com os economistas, e na tentativa de articulação entre a Comissão da Ordem Social com a Comissão da Ordem Econômica, ou Comissão da Tributação, surgiram algumas novas alternativas para essa questão. Alternativas que não estão totalmente equacionadas, foram objetos de contestação nessa última fase dos trabalhos. É o seguinte: a 8ª Conferência Nacional de Saúde dizia que a saúde deveria ser financiada tendencialmente, por recursos orçamentários regulares da União, dos Estados e Municípios, e a Previdência deveria se retirar gradualmente do financiamento das ações de saúde.

Propunha-se, inclusive, na formulação original da Comissão de Saúde, a criação de um fundo de saúde nos níveis estadual, municipal e federal, com recursos oriundos da União, das Receitas Tributárias e outras receitas que fossem aí alocadas. Isso estabelecia pisos de receitas que deveriam ter esses fundos. Essa era a expectativa. Esse foi mais ou menos o movimento em torno do qual a gente veio se organizando esse tempo todo.

De repente, na formulação da saúde aparece uma outra variável. A idéia de que a questão saúde não poderia ser financiada independentemente. Mas teria de se buscar formas para que ações tidas como sociais pudessem ser privilegiadas no conjunto do orçamento da Nação, especialmente no nível federal. E que

para isso, então, deveria se criar uma instância chamada 'Seguridade Social', que não se confundisse, necessariamente, com a atual Previdência Social, que seria uma instância de articulação da área social como um todo. Quer dizer, aquelas ações então dirigidas para o bem-estar social: a Previdência propriamente dita, a Saúde, a Assistência Social e, eventualmente, a própria Educação, o Trabalho etc. Então, essa é a concepção que passou a orientar a lógica do Relator da Comissão da Ordem Social. E com isso ele propunha não mais a criação de fundos de saúde, mas de um Fundo Nacional de Seguridade Social. O Fundo Nacional de Seguridade Social teria uma série de outras fontes de recursos que, segundo as estimativas, cresceriam substantivamente o bolo todo que seria destinado à Previdência, à Saúde, e à Assistência Social e que, portanto, a participação do Setor Saúde nesse bolo também seria contemplada de forma favorável. O bolo vai crescendo dentro da questão da Ordem Social e a Saúde, então, vai continuar participando de uma forma proporcional, mas objetivamente em quantidade maior.

Esta formulação acabou gerando uma polêmica bastante grande. Primeiro, comprometia a questão da unidade, a questão de um Sistema Único de Saúde, que poderia continuar sendo único, mas não exclusivo. Ele poderia ser único dentro de

um Sistema de Seguridade Social. A questão de fonte que não era mais garantida para o Setor Saúde, e a questão da ruptura daquele compromisso, vamos dizer assim, social e político de que a saúde teria uma fonte específica e que se distanciaria progressivamente da fonte

Enfim, essa é a questão que é colocada hoje, que não está resolvida, do ponto de vista da formulação. A pressão majoritária é no sentido da criação de um Fundo Nacional de Saúde. Mas a gente não pode abrir mão de um certo avanço na questão do crescimento do bolo na área social como um todo. Essa questão está em discussão.

Na hora da votação das teses, todas que se identificam com a proposta da 8ª Conferência, nós podemos dizer que não tem havido problemas, do ponto de vista de quorum, para se obter as posições favoráveis, as votações favoráveis a essas teses que estão aí presentes.

Na última votação da Ordem Social houve uma tentativa de obstrução – aliás, como houve em todas Comissões – pelos setores conservadores da Assembléia Constituinte, para que não houvesse tempo de votar o relatório. E o relatório, não sendo votado, não existiria. E não existindo, a Comissão de Sistematização trabalharia a partir do zero, trabalharia a partir do que quisesse, mas sem, necessariamente, ter que considerar o relatório da Comissão da Ordem Social.



Eles conseguiram isso nas [Comissões da] Ordem Econômica, na Ordem da Família, da Comunicação, da Tecnologia, mas na Ordem Social, não. A partir de uma série de manobras, fez-se com que o projeto fosse votado. Que fosse votado, mas à custa de não ser emendado. Então, na realidade, o projeto que foi votado poderia ter sido melhorado, inclusive, a partir de acordo que tinha sido feito para melhorar essa questão do financiamento e uma série de outras questões. Mas, para não comprometer o processo de votação para o substitutivo poder ser aprovado, ele não foi votado, as emendas, praticamente, não foram votadas. E ele, praticamente, foi aprovado como relatório apresentado pelo Relator.

Estou fazendo essa ressalta por que ele não foi propriamente emendado. Ele poderia ter sido relatado diferentemente. Na realidade, essa discussão da Ordem Social vai ser retomada nas próximas etapas do trabalho.

Só para terminar minha colocação: a Constituição que vai sair, eu ouço: "vai ser um Frankstein" do ponto de vista de suas incoerências, das suas incongruências e inconsistências. Eu acho que não é bem assim. Ela não vai ser coerentemente progressista como todos nós gostaríamos. Mas ela vai guardar a coerência do atual momento que a gente está vivendo, da necessidade do avanço.

## Promessas e Limites de uma Tese Vivida

### Promises and Limits of a Lived Thesis

Sonia Fleury

Psicóloga, mestre em sociologia e doutora em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e membro do Conselho do Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) do governo Lula

A tese de Eleutério Rodriguez Neto sobre a Saúde na Constituição de 1988 é singular: ela foi defendida e aprovada socialmente, ainda que nunca o tenha sido institucionalmente. O dilema entre a vida acadêmica e a prática político-institucional, ou entre o projeto de produção do conhecimento individual versus a produção coletiva de um saber/fazer uma nova institucionalidade é apresentado por ele na introdução do livro<sup>1</sup>, cobrando uma nova articulação entre a academia e o mundo a vida.

Ninguém melhor que Eleutério para produzir as articulações entre o saber e a prática política e institucional. Sua trajetória profissional espelha a enorme capacidade de colocar o conhecimento científico como um instrumento da transformação social, participando, liderando e construindo a história da Reforma Sanitária Brasileira na Medi-

cina Preventiva da Universidade; no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); no Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP); no Departamento de Planejamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); no Ministério da Saúde; novamente na Universidade – agora como Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB); na Plenária da Saúde na Constituinte; no Congresso...

Não se pode contar a história da Reforma Sanitária Brasileira sem falar destes espaços institucionais, mas, sobretudo, é necessário ter em conta que estes foram espaços de luta pela hegemonia, espaços politicamente construídos por lideranças que souberam entender o sentido histórico de sua prática cotidiana.

Conhecimento técnico-instrumental e político foram indissociáveis na vida do meu querido amigo Eleu-

tério. Ao ler, com prazer, o livro agora publicado com sua tese, retomo um diálogo que a vida interrompeu.

No texto, o autor busca descrever o processo e os resultados da discussão da Saúde na Assembléia Nacional Constituinte, os diferentes atores, projetos, coalizões e alianças. Esta não é uma descrição isenta, pois Eleutério era, na altura, um dos principais líderes do movimento sanitário. Sua reflexão está comprometida com o projeto de transformação social que assegura o direito universal à saúde em um sistema democrático, descentralizado e participativo. Além de ser um dos principais formuladores deste projeto, Eleutério teve um papel central na luta que foi travada no palco da Assembléia Nacional Constituinte.

Sua reflexão está orientada pela hipótese de que a democratização da saúde obedeceu a uma autonomia relativa em relação aos outros

<sup>1</sup> *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

campos de prática social. Defende o princípio de que esta autonomia foi garantida por cinco elementos: a politização do movimento sanitário; a natureza democrática do projeto da saúde; a fragilidade institucional do setor; as peculiaridades político-institucionais; e o perfil da representação da Assembléia Nacional Constituinte.

Com enorme honestidade intelectual e política, Eleutério analisa estes elementos, revelando dados como, por exemplo, a baixa prioridade da Saúde na lista de urgência dos deputados constituintes, e revelando as estratégias e táticas do movimento sanitário.

A atualidade do trabalho está relacionada a dois fatos principais: o contexto setorial e a conjuntura política. Por um lado, a própria história do Sistema Único de Saúde (SUS) – de resistência às tentativas de desmontagem por parte de governos conservadores, suas contradições e o aprofundamento de suas diretrizes – só pode ser explicada se entendermos o processo político que está em sua origem. No momento atual, quando o modelo do SUS, enquanto arranjo federativo inovador, ganha uma dimensão que extrapola sua localização setorial, sendo aplicado como modelo de organização do novo sistema de combate à violência, é necessário compreender as condições de sua sustentabilidade. Eleutério propõe, aqui, algumas respostas que se localizam

nesta junção profficua entre o conhecimento e a prática social.

Por outro lado, o Brasil retomou com a eleição de Lula um projeto de democracia deliberativa que se encontrava esboçado no desenho constitucional para a Seguridade Social, no qual a formulação e a gestão das políticas públicas devem ser frutos do enfrentamento institucionalizado dos interesses sociais e da negociação entre diferentes atores sociais, em busca dos consensos possíveis. Neste processo, o Executivo e o Legislativo são tanto atores como arenas políticas, e a sustentabilidade das políticas é resultante deste processo de discussão e deliberação política.

Analisando a trajetória da Saúde na Constituinte, podemos perceber a riqueza deste processo e as possibilidades que se abrem quando o jogo é democrático.

A experiência da Saúde analisada no livro de Eleutério Rodriguez Neto mostra como o movimento organizado foi capaz de aproveitar e ampliar as possibilidades político-institucionais naquela conjuntura, assim como suas dificuldades para transcender suas limitações setoriais e incorporar o desafio de construção da Seguridade Social.

Não seria esta a questão política remanescente?

## Um encontro para não esquecer

### A Meeting to Remember

Samara Nitão

Médica, especialista em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), mestranda da área de políticas públicas e saúde (ENSP/FIOCRUZ), assessora da Presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Quando recebi a mensagem eletrônica do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) pedindo-me para contar um pouco do meu convívio com Eleutério Rodriguez Neto, confesso que o primeiro sentimento foi de tentar ignorar a mensagem. Afinal, como escrever sobre uma pessoa que aprendemos a gostar e admirar, usando o verbo no tempo passado e estando esta ainda viva? Achei que corria o risco de tornar-me piégas, o avesso do senso estético do próprio Eleutério.

Pois bem, restando apenas um dia para entregar o texto ao CEBES, rendo-me a reconhecer que eu não poderia ficar de fora de uma homenagem e de registrar o orgulho que sinto por ter tido o privilégio de começar minha vida profissional em Brasília, como sanitarista, trabalhando no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (ENSP/UnB). Eram tempos de muita esperança, o país tinha saído recentemente da ditadura militar e viví-

amos uma época de transição para a democracia.

Por ter acabado de concluir o curso de especialização em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e por ter participado como ouvinte da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estava por certo impregnada do ideário da Reforma Sanitária Brasileira. Junte-se a isso o fato de ter assistido à experiência de ver Brasília sitiada pelos generais da época: as pessoas nos ônibus e automóveis, a caminho de sua labuta, sendo paradas e revistas; além da chuva que caiu no dia da votação do Colégio Eleitoral, lavando a terra vermelha e seca do cerrado.

A primeira vez que tive contato com Eleutério foi logo após sua saída da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O governo da transição democrática, presidido por José Sarney, já havia recomposto sua base de sustentação com os representantes mais conservadores da

Frente Democrática, e o ministro Carlos Sant'Anna, da Saúde e Waldir Pires, da Previdência Social, substituídos por Roberto Santos e Rafael de Almeida Magalhães.

As lideranças do movimento sanitário, à época, tinham posições divergentes sobre a participação de seus representantes na estrutura de governo. Eleutério, assim como um grupo expressivo de sanitaristas, não só em número como em consistência de propostas, encaminharam o processo da reforma sanitária no espaço institucional, articulando-o aos movimentos de massa, vigorosos, naquela altura.

Com o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovava a tese fundamental de 'Saúde como direito de todos e dever do Estado', e ainda com o relatório da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (comissão formada por representantes do governo e da sociedade civil para elaborar uma proposta para a Assembléia Nacional

Constituinte), Eleutério, já como diretor do NESP/UnB, elabora um projeto de acompanhamento dos trabalhos da Constituinte e convida técnicos para compor sua equipe de trabalho. Logo me vi participando em reuniões de trabalho e de discussão para a elaboração de um documento único a ser encaminhado pelo conjunto dos diversos grupos que compunham o movimento da Reforma Sanitária. Passados alguns anos, avalio que certamente os resultados das negociações para se chegar ao texto final referente à seguridade social e à saúde, hoje inscritos na Constituição Federal, teriam sido mais restritivos não fosse a capacidade, credibilidade e habilidade de Eleutério. Capacidade em articular um profundo conhecimento acadêmico de saúde pública, e formular os problemas e propostas em termos de políticas públicas; a credibilidade na esfera governamental e na sociedade civil; e a habilidade em juntar pessoas e transformar conflitos de idéias – passíveis de se tornarem barreiras intransponíveis entre os grupos -, em saídas estratégicas, abrindo sempre novas possibilidades de continuar a luta pelos direitos de cidadania.

Assim foi articulada a Plenária Nacional de Saúde, responsável pela coleta das assinaturas para a Emenda Popular de Saúde, apresentada na Assembléia Nacional Constituinte, e pelo acompanhamento de todo o processo legislativo. Nos momen-

tos de negociação, artigo a artigo, do futuro texto constitucional, a Plenária reunia-se e dava indicações dos pontos a serem negociados para os parlamentares constituintes que advogavam a causa da Reforma Sanitária. Era um trabalho cotidiano e, por vezes, entrava pela madrugada em exaustivas negociações nas Comissões e no Plenário da Constituinte. A essas atividades, Eleutério acrescia suas responsabilidades como diretor do NESP e professor da Faculdade de Saúde da UnB.

Passaram-se dois anos até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que recebeu o número 8.080, de 19 de setembro de 1990. O cenário político era outro. O país havia eleito Collor de Melo como presidente da República e a agenda vitoriosa de cunho liberal tornava o cenário bastante adverso à consolidação dos direitos sociais. Embora o texto da lei tenha mantido os princípios básicos da Reforma Sanitária, sinalizava para uma menor ênfase no papel do Estado em prover a atenção à saúde de maneira mais integral. Destaca-se, por exemplo, no seu Artigo 1º, que o dever do Estado passa a ser compartilhado com a responsabilidade dos indivíduos, das famílias, das empresas e da sociedade. Visto com o distanciamento dos dias de hoje, pode parecer que este ponto de vista se coaduna com a modernidade requisitada pelos imperativos da promoção da saúde e das idéias de 'empoderamento' dos

indivíduos no exercício de sua cidadania. Entretanto, naquele momento, esta agenda agregava-se às limitações aos aspectos mais radicais da descentralização. O § 4º do Artigo 34, e o *caput* do Artigo 35, estabelecem ser necessárias a "programação aprovada" e a "análise técnica de programas e projetos" como pré-requisitos para o repasse de recursos federais para estados e municípios, mecanismos estes já abandonados na década de 1970, além dos vetos aos artigos relativos à constituição dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e à criação dos Conselhos de Saúde.

A recuperação desses dispositivos legais (mediante a Lei 8.142/90) ocorreu com a participação e empenho pessoal do Eleutério. Já não existia a mesma mobilização nem unidade da Plenária Nacional de Saúde, e diante da ameaça de perda de alguma conquista adquirida ao longo da conformação da seguridade social, o movimento social se postava em uma atitude mais defensiva da manutenção das conquistas democráticas no campo político do que de ampliação dos direitos sociais.

Entre outros personagens, e Eleutério concordaria comigo, não dá para não destacar a atuação dos deputados Raimundo Bezerra – à época, presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados –, Eduardo Jorge, e do relator Geraldo Alckmin, hoje governador de São Paulo.

A partir daí, o embate voltou-se para o campo do Poder Executivo, que demarcaria, nos anos 1990, a conformação do Sistema Único de Saúde mediante a realização de Conferências Nacionais de Saúde e da edição das Normas Operacionais Básicas.

Mas, enfim, o objetivo desse texto é falar do Eleutério e não do processo de conformação do direito à saúde no Brasil. Para um maior rigor na abordagem, favor consultar as diversas teses acadêmicas sobre o tema, inclusive a do próprio Eleutério.

Mas, plagiando o poeta Ferreira Gullar, quem quiser contar a história recente da saúde no Brasil, parte da história do nosso povo e de nossos heróis, tem que falar de Eleutério Rodriguez Neto. Ou estará mentindo.

Não sobre ele, mas a ele, Eleutério, eu só posso dizer: obrigada, mestre.

# O Papel Ético da Descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde

## The Ethical Role of Decentralization in the Implementation of the Unified Health System

Eleutério Rodriguez Neto

Pós-graduado em Medicina Preventiva na Universidade de São Paulo (USP). Foi secretário geral do Ministério da Saúde (1985-1986) e atualmente dirige o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB)

### INTRODUÇÃO

Seria óbvio e redundante, numa publicação como esta, afirmar o caráter, ético da saúde, como atributo da cidadania, como direito universal e igualitário de acesso aos bens e serviços que possam proporcionar a qualidade de vida e atenção necessárias ao alcance de um bom nível de saúde, expressado pela extensão da vida em condições adequadas de fruir dos benefícios da ciência e da cultura.

Todavia, essa concepção de saúde, hoje preceituada pela própria Constituição da República, não só não é hegemônica, como não tem correspondido a políticas efetivas e conseqüentes, tanto ao longo da história, como, mesmo hoje, à revelia dos instrumentos jurídico-legais que lhe dão guarida. Isto é, a despeito da adesão formal à mesma, as ações político-administrativas do Governo nem sempre de-

monstram coerência com esse corpo doutrinário, como até lhe resistem, por meio do apego às práticas tradicionais que sustentam a injustiça social e o autoritarismo que ainda prevalecem no país.

Nesse sentido, é importante se analisar como determinadas diretrizes podem influenciar, em um sentido ou em outro, o processo de democratização da saúde no país, representado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira. No caso, cabe analisar mais particularmente, como a questão da centralização/descentralização pode influir nesse processo, tendo por referência a ética do direito à saúde.

E a tese a ser argumentada aqui é a de que a descentralização, especialmente por via da municipalização, é instrumento essencial na construção de um sistema de saúde justo, equânime, integrador e racional, e assim ético, como pretende ser o Sistema Único de Saúde (SUS).

### A natureza aética e antiética do sistema de saúde brasileiro

O regime autoritário pós-1964, originado pelo golpe militar, motivado pela defesa do grande capital e dos interesses imediatistas da burguesia nacional, pautou-se por duas diretrizes básicas que informaram todas as suas políticas a partir de então: a 'privatização' e a 'centralização'. Ainda que essa privatização tivesse características distintas da hoje proposta pelos neoliberais, uma vez que utilizou o Estado como seu principal instrumento, no que convencionou chamar hoje a 'privatização do Estado', a idéia centra-se no esvaziamento do papel do Estado e no cometimento das responsabilidades às 'sociedades'; assim como usando o eufemismo da descentralização para 'repassar' responsabilidades às demais esferas de governo, especialmente os municípios, enfraquecidos, ao longo do período

pelo excessivo centralismo do Governo Federal. Assim, é necessário, sempre, estar atento às reais conotações dessas propostas, nem sempre condizentes com uma efetiva reforma do Estado, como supõe a Reforma Sanitária e o próprio SUS.

Embora afetando todas as esferas da vida social e econômica do país num período de cerca de 20 anos, aquelas diretrizes acabaram por produzir um efeito paroxisticamente perverso no Setor de Saúde, inigualável a qualquer exemplo internacional.

Isso porque, uma função de política social, ainda que compensatória, como todas as políticas sociais do arcaico Estado brasileiro, o Setor Saúde passou a exercer uma função de setor econômico/produutivo, uma vez que se transformou em lócus de produção de mais valia e acumulação de capital. Para isso, estabeleceu a política de unificação/centralização da Previdência Social e adotou a estratégia do incentivo ao desenvolvimento do setor privado lucrativo na Saúde, assim, todos os desvios já tradicionais nos setores que trabalhavam sob a perspectiva econômica: o clientelismo, o fisiologismo, o corporativismo, a corrupção e a fraude, agravados, por sua vez pelo autoritarismo vigente e respaldados pelo tecnicismo desenfreado, propiciado pela hegemonia do modelo clínico-flexneriano, sustentado por sua vez, pelos interesses da pode-

rosa indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

O caráter aético e mesmo antiético desse modelo deu-se, pois, pela mudança da natureza dos seus objetivos principais: da saúde da população às decisões sobre essas políticas, por via das políticas centralizadas e infensas ao controle mesmo que corporativo de usuários e profissionais.

Os reflexos dessa política na distribuição dos recursos do Setor de Saúde foram 'escrachantes', com concentração dos mesmos nas regiões de maior atração econômica, esvaziamento quase absoluto do poder de intervenção dos municípios e priorização na alocação de recursos financeiros em relação aos meios de diagnóstico e tratamento mais especializados e tecnificados, com claro comprometimento da racionalidade assistencial, em benefício dos interesses mercantis de várias ordens, então estabelecidos.

Mais que isso, no entanto, foram os reflexos dessa política 'unitária' sobre os próprios níveis de saúde da população que, não diferenciados por políticas segundo suas necessidades e entregues ao desenvolvimento regional desigual, acabaram por produzir várias classes de cidadãos. Como exemplo dramático, está a diferença na Expectativa de Vida ao Nascer (vida média) entre as regiões Nordeste e Sul, que chega a cerca de 16 anos, em prejuízo do NE. Isso significa que, sob a mes-

ma Constituição, as mesmas leis e os mesmos direitos formais, o nordestino tem, em média, uma chance de viver 16 anos menor que o sulista. É o paroxismo da desigualdade. Só, pois, com políticas diferenciadas, a partir das necessidades locais e específicas, será possível reverter esse quadro aético.

#### A REFORMA SANITÁRIA E O SUS COMO PROPOSTAS ÉTICAS DE CONQUISTA DA SAÚDE E DE DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

Não é a intenção desse trabalho discorrer sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS, ponto de partida das nossas análises e considerações. Todavia, dadas certas impropriedades, comuns no tratamento dos dois conceitos, vale a pena fazer alguns destaques que sem dúvida, auxiliarão no raciocínio.

Primeiramente, é importante se frisar o fato de que a Reforma Sanitária trata-se de uma proposta não-setorial, apontando para a reorientação do conjunto das políticas públicas, inclusive a Saúde, um papel diferenciado nesse processo, a ser cumprido pelo SUS. Isto é, se não pode competir ao SUS, por óbvio, a intervenção direta sobre as demais políticas setoriais que determinam e condicionam a saúde, cabe ao mesmo um papel especial, além do tradicional de executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o de 'monitorar' a saúde



coletiva, em termos de acompanhamento do nível de saúde da população, assim como analisar os seus nexos e causas, fornecendo pautas de atuação ao governo como um todo e instrumentalizando a própria sociedade para se apropriar das informações sobre a sua saúde com vistas a exercer o controle social devido. Isto é, um papel de verdadeiro 'superego' da sociedade e do Governo, na catalisação de políticas públicas saudáveis.

Assim, na direção da democratização da saúde, ou seja, ao conferir caráter ético às ações que visem a sua conquista, cabem ações tanto no campo setorial, como no inter setorial; inclusive, em relação a diretrizes como a descentralização, que afeta a possibilidade real de o município se autonomizar, na busca de soluções próprias para seus problemas de saúde ou para os que têm a ver com ela.

#### A DESCENTRALIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DA DEMOCRACIA E SUA FUNÇÃO ÉTICA

Na cultura institucional tradicional, a descentralização tem sido tratada sob o aspecto eminentemente administrativo e até mesmo eufemisticamente, como foi o caso do conhecido Decreto Lei 200 que dizia promover a 'descentralização'. Todavia era uma descentralização através da delegação de atribuições do governo federal para os estados e municípios, sem transferir, efetivamente o

poder de decisão para essas esferas de governo. Foi quando se inaugurou a chamada administração convenial que dominou as relações do governo federal com as secretarias estaduais e municipais de saúde desde o final dos anos 1970, não lhes assegurando autonomia, mas, ao contrário, criando uma relação paternalista e de dependência difícil, até hoje, de se reverter; não só pelo lado federal, mas também por acomodação das demais esferas.

Na perspectiva do SUS, todavia, a descentralização tem outra conotação.

Na verdade, a descentralização faz parte de um binômio indissociável, juntamente com a participação que compõe a essência da questão democrática.

Assim, a descentralização tem que ser compreendida como uma diretriz eminentemente política que, evidentemente, tenha também consequências administrativas. Mas a idéia é que o poder de decisão seja exercido pelos seus reais atores, o mais próximo possível da realidade. Dessa forma, pode-se conferir pertinência e relevância a essas decisões, na suposição de que elas interessam ao conjunto dos sujeitos das mesmas e, assim, sejam 'positivas' no sentido de contribuir para o alcance de aspirações comuns e de interesses coletivo. Isso significa dar caráter ético às decisões, uma vez que elas não deverão ser discricionárias ou responder aos interesses distantes da realidade.

Todavia, não basta. É necessário que esse poder de decisão seja legítimo. E a legitimidade é dada pela via da representatividade do gestor e da possibilidade do exercício efetivo do controle social pelos sujeitos das ações (usuários), mediante o processo participativo; no caso do SUS, sendo instrumento e espaço privilegiados os Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos.

No entanto, um alerta: é preciso levar-se em conta que o SUS é um sistema único, ou seja, com unidade de doutrina em todo o território nacional, o que significa a observância dos seus princípios e diretrizes básicas em qualquer situação ou local. Isso não deve impedir no entanto a criatividade e, mais que tudo, o primado da necessidade objetiva sobre qualquer norma que considere essas particularidades e tente impor regras que obedeçam a outras lógicas que não a satisfação das reais necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde, na incessante perseguição da equidade, incluindo os excluídos e igualando os desiguais, mediante ações diferenciadas e conseqüentes.

Dessa forma, se estará construindo um sistema comandado não por 'principismos' e regras unitárias e burocráticas, mas pela ética.

Todavia, o processo é difícil e longo na medida que supõe a mudança das culturas institucionais – ainda arraigadas ao autoritarismo, ao patrimonialismo, ao clientelismo e ao

fisiologismo – , que resistem ao processo de descentralização e ao se subordinarem ao controle social. Prova disso é que a Constituição vai completar 10 anos de sua promulgação em pouco tempo e até hoje há uma dificuldade enorme em se redistribuir o poder entre as várias esferas de governo.

Entretanto, é também necessário se registrar que tudo de novo/criativo e de impacto que se tem feito na área da Saúde nos últimos anos, aconteceu pela ação direta dos ainda poucos municípios que mereceram a complacência das autoridades federais para gerirem mais autonomamente os recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Por fim, deve-se chamar a atenção para um fato: o de que a descentralização não significa apenas um movimento na direção centro-periferia, mas que o poder local realmente reconheça o seu papel e poder de intervir, assumindo autonomamente a sua função perante a sociedade. Nesse sentido, é importante referir a questão do financiamento. Por mais que se automatize o repasse dos recursos federais para os municípios, eliminando-se os atuais pré-requisitos e condicionamentos, o crescimento real dos gastos com saúde e o aumento da sua produtividade só pode contar com a vontade política dos municípios. Hoje, já se observa que, proporcionalmente, a esfera de governo que mais aumentou seus gastos próprios com Saúde foi a

municipal, mesmo que, no conjunto ainda participem de forma extremamente minoritária.

Dessa forma, faz parte dessa luta, não só a cobrança dos compromissos de campanha de governadores e prefeitos - em termos de priorização da saúde, e de alocação dos recursos necessários e suficientes - como a luta desses gestores e de toda a sociedade por uma reforma tributária justa e que dê viabilidade àquela autonomia necessária ao exercício ético da gestão pública, deixando de penalizar especialmente os mais pobres, no que diz respeito à sua qualidade de vida e de saúde.

A descentralização, cuja expressão principal é a municipalização, deve no entanto, ser entendida como princípio de democratização geral das práticas e dos serviços de saúde, afetando desde os níveis mais centrais até os mais periféricos na busca incessante da organicidade entre necessidades e prestação de ações e serviços de saúde, no cumprimento ético do exercício do dever de prover as condições para pleno exercício da cidadania.

## Na Câmara dos Deputados: uma relação de amor e ódio

In the House of Representatives: a relationship of love and hate

Hugo Fernandes Júnior

Médico, mestre em ciências da saúde pela Universidade de Brasília (UnB), consultor legislativo da Câmara dos Deputados

Quando recebi o convite dos companheiros 'cebianos' para escrever algo sobre a passagem de Eleutério pela Câmara dos Deputados — ele que hoje se encontra, por motivo de saúde, impossibilitado de exercer as funções que tão brilhantemente desempenhava —, o primeiro *insight* foi de abordar o tema enfocando o colega de trabalho. Só depois tive a convicção de que aos leitores da revista interessaria muito mais sua atuação institucional, primeiro como articulador durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (ANC), e, posteriormente, como servidor da Casa, na Consultoria Legislativa (CONLE).

Tais 'primeiros pensamentos', dizem, são os mais autênticos, os mais genuínos, pois ainda não foram filtrados pelos sutis mecanismos mentais que condicionam nosso modo de ser e de agir. Refletindo sobre esse 'primeiro pensamento', cheguei à conclusão de que talvez tenha sido essa a característica mais

notável para mim de Eleutério na Câmara dos Deputados: mais que um companheiro de trabalho, um amigo, que comungava e lutava por idéias sobre a política, a política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o papel do SUS, etc.

Lembrei-me, então, de que quando ingressamos na Câmara dos Deputados, em 1991, ele já tinha seu nome vinculado — como crítico ou protagonista, e, por vezes, em ambas as condições — a uma série de fatos e histórias que se encontram ligados de modo inextricável à Saúde Pública brasileira nos últimos 30 ou 35 anos. Desde o PREVSAÚDE, passando pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), pelos SUDS, até desembocar na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Constituinte e na criação do SUS no plano jurídico-político, sua participação e contribuição foram 'de dentro'. O que para nós era, e ainda é, objeto de estudo, para ele eram

fatos vividos intensamente na trincheira do 'partido sanitário'.

Essa dimensão de personalidade do campo da saúde, fez com que minha convivência inicial com Eleutério fosse marcada por uma certa distância. No período que antecedeu nossa posse no cargo de consultor legislativo, fui, até prevenido sobre possíveis dificuldades de convivência. Nada disso, entretanto, se confirmou. Eleutério revelou-se um colega de fácil convívio, com quem podíamos partilhar idéias, dúvidas e experiências. Mais que isso, mostrou-se um amigo generoso, extremamente caloroso e dedicado às pessoas de quem gostava. Ele falava com o mesmo entusiasmo e paixão sobre saúde, gastronomia, cães, charutos e viagens; empolgava-se com novos projetos, como a tentativa malograda que fizemos, via Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), de trazer o curso em Direito Sanitário para Brasília, ou o trabalho com os conselheiros dos então

emergentes Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Creio que a relação de Eleutério com a Câmara dos Deputados, ou com o Poder Legislativo, foi uma relação de amor e ódio. De amor, a princípio, quando atuou como um articulador em favor da Saúde Pública e do Sistema Único de Saúde.

Sua atuação aí remonta a 1982, por ocasião do III Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Naquela ocasião, quando a crise do antigo Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social (INAMPS) se agudizava e começavam a encontrar eco dentro do aparelho de Estado as teses dos setores oposicionistas, Eleutério já se destacava entre os que formulavam um projeto sanitário alternativo.

Depois, quando de sua saída da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, Eleutério foi para o NESP na UnB e montou uma equipe que passou a trabalhar em favor da adoção pela Assembléia Nacional Constituinte das principais proposições que emergiram da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa empreitada foi de fundamental importância para a conformação do capítulo da saúde na Constituição Federal.

Revelou-se, então, um extremado batalhador pela causa da saúde coletiva, reunindo-se com parlamentares, agregando em torno das idéias da 8ª Conferência uma verdadeira frente parlamentar, subsidiando doutrinariamente uma corrente de

constituintes em favor do SUS, auxiliando a relatoria setorial na negociação de pontos e formulando redações alternativas, influenciando de maneira decisiva no que concernia à adoção do conceito de Seguridade Social, tão evoluído do ponto de vista político que acabou sozobrando, num país em que políticas sociais inclusivas e não corporativas nunca tiveram grande projeção.

Em continuidade ao trabalho desenvolvido durante a ANC, inicia-se, ato contínuo, a luta pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Destaca-se, então, como assessor e coordenador dos trabalhos do VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em maio de 1989, cujo tema foi o da legislação infraconstitucional em saúde. Como desdobramento desse trabalho, Eleutério assessora os relatores do projeto de lei da LOS, deputados Raimundo Bezerra e Geraldo Alckmin, na Câmara, e senador Almir Gabriel, no Senado Federal. Tal empenho foi de fundamental importância para a aprovação da Lei 8.080/90 num prazo relativamente curto – entre julho de 1989 e setembro de 1990 –, lembrando que nesse ínterim o país passou pela primeira eleição direta para Presidente da República após quase 30 anos, e que em 1990 sucederam-se eleições parlamentares.

“O ingresso na Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, em 1991, entretanto, representa um ponto de inflexão nessa relação tão

intensa e produtiva com o Poder Legislativo. A condição de servidor da Casa, por vezes – na verdade, muitas vezes –, contrapunha-se ao papel do militante político e do ‘partido sanitário’. Tal condição exige, com frequência, que se trabalhem, que se defendam, que se elaborem idéias estranhas, e até mesmo contrárias às que comungamos. Isso representou uma camisa-de-força para Eleutério e, conforme tivemos oportunidade de conversar em muitas ocasiões, uma frustração imensa, uma contradição inconciliável. Essa situação foi aos poucos tornando a sua permanência na CONLE insupportável e fez com que, em 1995, ele se empenhasse para ser cedido à UnB, onde foi dirigir o Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares.

Não obstante o pouco tempo em que permaneceu na CONLE, tivemos oportunidade de atuar em convergência, merecendo destaque a tramitação do projeto de Lei que tornou a Rede SARAH uma organização social, a luta para que a saúde na Constituição não fosse entendida como um texto programático, mas como um direito da cidadania e a fundamentação sobre a extensão e os limites desse direito.

Em relação ao Projeto SARAH enfrentamos, no primeiro ano como consultores, nosso batismo de fogo, tal foi a intensidade das pressões para que opinássemos de modo favorável a uma proposição que considerávamos absurda.

No que concerne ao direito à saúde, lembro nossos debates sobre o significado da integralidade das ações e dos serviços, sobre a necessidade de estabelecer leis considerando essa ou aquela patologia ou tratamento, e sobre como entender os limites que a realidade, inclusive a orçamentária, impunha ao gozo de tal direito.

Agora que a impiedosa moléstia degenerativa o acometeu e turvou sua mente, distanciando-o da convivência com a saúde pública e os amigos, é mais do que necessário e oportuno que prestemos essa homenagem a quem tanto contribuiu para a causa da saúde e da criação e consolidação do SUS, sobretudo na esfera do Poder Legislativo. Fisicamente distante, Eleutério Rodriguez Neto continua presente entre nós, pelo exemplo de nobreza humana com que nos engrandeceu e pela obstinação com que lutou por um Brasil melhor, mais justo, mais digno e mais saudável.

## Memórias, Memorial<sup>1</sup>

### Memories, Memorial

Eleutério Rodriguez Neto nasceu em Campinas (SP), em 21 de julho de 1946. Oriundo de família típica de classe média e tendo nascido no pós-guerra imediato, com ascendência européia próxima, foram-lhe dadas todas as condições objetivas para uma vida escolar regular e promissora, em que o bom aproveitamento sempre foi tido como dever.

Escolheu cursar a Universidade de Brasília, ao invés de matricular-se em outros cursos tradicionais de medicina, em cujos vestibulares havia, inclusive, sido aprovado. Considerava que essa decisão tivesse sido talvez um dos grandes marcos de sua vida tanto pessoal quanto profissional, não por si, mas por suas conseqüências.

Ao participar de uma experiência inovadora como a da Universidade de Brasília, era dada a oportunidade não só de convívio com um conjunto de pessoas igualmente inquietas e em busca de novas alternativas de organização pedagógica, acadêmica e social, como

também a oportunidade de uma prática participativa, o que significou compartilhar uma responsabilidade que transcendia aos estudos individuais. Tratava-se de construir uma nova Universidade para um Brasil novo.

A despeito dos percalços que alteraram muito o curso da Universidade de Brasília, a experiência foi fundamental para sua formação pessoal, para seu interesse na área pedagógica e na da saúde, por seus aspectos sociais e coletivos.

Em 1970, com 24 anos, graduou-se em medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Na mesma faculdade cursou, durante o ano de 1971, a residência em Clínica Médica. A opção pela residência em Medicina Interna representou a escolha da área mais abrangente, em termos de formação, que lhe era oferecida, sem desvincular-se do compromisso com o tipo de abordagem que se pretendia imprimir ao ensino médico na Universidade de Brasília.

O estreitamento dessa abordagem, que começou a se manifestar institucionalmente, assim como a possibilidade aberta para que pudesse cursar o mestrado em Medicina Preventiva, fizeram com que interrompesse o segundo ano de residência e se submetesse à seleção na pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Esse foi o outro grande marco de sua vida profissional, na medida que, no curso de pós-graduação em Medicina Preventiva, passou a tomar contato com um novo instrumental de abordagem dos problemas médico-sanitários, a chamada medicina social, mediada pelas próprias Ciências Sociais. Esse enfoque e o tipo de conhecimento com que passou a conviver, a partir de então, orientaram e deram as pautas técnicas e políticas para sua prática profissional e docente. Foi professor do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP entre 1972 e 1973. Em 1979, tornou-se mestre em Me-

<sup>1</sup> Texto extraído e adaptado de *curriculum vitae* de fevereiro de 1996 e de memorial apresentado à UnB para progressão funcional.

dicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP com a dissertação *Integração Docente Assistencial em Saúde*.

A decisão de vir para o Rio de Janeiro, para a Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi ocasionada por alguns fatores de ordem pessoal, mas essencialmente por identificar no trabalho que iria abraçar, uma possibilidade de retomada do que se havia interrompido em Brasília. Isto é, a perspectiva de voltar a trabalhar na área de Educação Médica. A bem da verdade, esse campo não havia sido abandonado em São Paulo, desde que o projeto de tese que havia elaborado e começava a desenvolver, dizia respeito ao Ensino Médico.

No entanto, o trabalho no NUTES/CLATES interrompeu a atividade clínica que mantinha incorporada à sua prática docente na FMUSP. Considerava difícil avaliar até quando seria possível continuar compatibilizando a prática de planejamento com a atividade clínica, mas reconhecia que as condições objetivas do trabalho, em dedicação exclusiva, e a dificuldade de integração com a área clínica, do ponto de vista institucional, adiantaram um fato que talvez até viesse se mostrar necessário com o tempo.

Embora exercesse atividade docente desde o 5º ano do curso de Medicina, tendo sido inclusive solicitada sua contratação pelo Departamento de Medicina Preventiva da

FMUSP, formalmente sua carreira docente iniciou-se na UFRJ. Entre 1974 e 1975 atuou no Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde (NUTES). Em 30 de abril de 1975, foi admitido por concurso público interno, de prova e títulos, para professor assistente da UFRJ.

Do período, com duração aproximada de sete anos, destacava alguns elementos com papel mais significativo. Em primeiro, a prática docente sistematizada e regular que foi sedimentada nessa época, incorporando definitivamente ao perfil do profissional o seu caráter acadêmico. Outro aspecto diz respeito ao próprio desenvolvimento do conhecimento nesse período nas áreas de Tecnologia Educacional, Educação Médica, Planejamento e Formação de Recursos Humanos, Desenvolvimento Curricular, e Planejamento de Saúde em geral, que definiu também os contornos de especificidade e competência na área.

Um terceiro componente de suma importância foi a possibilidade aberta por meio do convênio entre a UFRJ e a Organização Pan-americana da Saúde para a criação do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional (CLATES). Esse convênio passou a permitir o desenvolvimento de uma atividade intensa de cooperação técnica com outras instituições docentes e de serviços em países latino-americanos ampliando as perspectivas de trabalho e enriquecendo-o com a troca de experiências.

O tipo de trabalho que vinha então desenvolvendo, com interfaces bastante amplas com instituições e pessoas de fora da UFRJ e do ambiente acadêmico, associado ao reconhecimento de uma produção técnica e científica na área de Planejamento em Saúde, principalmente com o tema relacionado a Recursos Humanos, ofereceu várias oportunidades de assumir outras atividades extra-universitárias. Muitas foram recusadas pela incompatibilidade com a carreira docente, em termos de simultaneidade ou possibilidade futura de reintegração. Sempre esteve clara a primeira opção em relação à Universidade e à carreira docente.

Em 1980 aceitou um convite que poderia lhe dar, ao mesmo tempo, uma experiência em um novo tipo de atividade e assegurar o seu retorno enriquecido ao convívio universitário. Superando inclusive as expectativas pessoais, a experiência vivida desde essa data no trabalho de planejamento em Saúde, no âmbito da Previdência Social, foi extremamente profícua e avaliada como tão ou mais importante que qualquer curso de pós-graduação que pudesse realizar na área. Foi Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, LT-DAS-101.2, de 27 de novembro de 1980 à 29 de novembro de 1982.

Apesar disso, a atividade docente nunca desapareceu do seu cotidi-

ano profissional. Iniciou e desenvolveu as atividades próprias ao doutoramento – cursou disciplinas, realizou trabalhos e elaborou a tese. Por outro lado, todos os convites para aulas e até mesmo para ministrar cursos foram aceitos, à medida que tivesse disponibilidade, com o duplo fim de compartilhar a experiência que vinha sendo vivida e não perder o contato com a atividade em sala de aula. Ainda houve a oportunidade de um desenvolvimento regular e contínuo das atividades de planejamento e formação de recursos humanos em Saúde, na medida que passou a integrar, representando o Ministério da Previdência e Assistência Social, a Comissão de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil e a Comissão Nacional de Residência Médica.

Em termos de produção técnico-científica, entre 1980 e 1982, teve um período que considerava, proporcionalmente, o mais frutífero de sua carreira profissional. Colaborou com a elaboração de uma série de documentos nas áreas de assistência médica e de recursos humanos. Embora de natureza coletiva, sua colaboração pode ser atestada. Destaca-se sua participação no 'Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária' elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

Embora do ponto de vista acadêmico ortodoxo essa produção não possa ser considerada, Eleutério

Rodriguez Neto reiterava o seu ponto de vista de ter sido uma experiência profícua à qual os professores universitários não deveriam se furtar, dada a relevância que a prática em serviços empresta à prática docente. Inclusive a experiência de produção coletiva de trabalhos, não estimulada no âmbito universitário, mereceria, no seu entender, uma atualização dos critérios para sua avaliação, dada a sua relevância qualitativa e quantitativa em ambientes extra-universitários.

Sua trajetória de objetiva intervenção nos destinos da saúde brasileira continua com o seu retorno ao Rio de Janeiro, desta vez para atuar no INAMPS, onde estrutura as Ações Integradas de Saúde (AIS). Ali ocupou o cargo de diretor do Departamento de Planejamento entre 1983 e 1984. Na Nova República é indicado como secretário geral do Ministério da Saúde quando, a partir de um espaço privilegiado, participa da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda nesse período, representa o país no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde. Em 1986, com a saída Carlos Sant'Anna do Ministério da Saúde, passa a exercer uma função de acompanhamento da ação governamental no campo social, na qualidade de subchefe para acompanhamento da Ação Governamental do Gabinete Civil da Presidência da República. Ao mesmo tempo, dedica-se à organização do Núcleo

de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília. Ali desenvolve intenso e produtivo trabalho de assessoria parlamentar aos constituintes em relação ao capítulo da Seguridade Social. Ocupa também a função de diretor do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares daquela Universidade.

Em 1988 tentou, sem conseguir, concluir o doutorado em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da USP com a tese *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Cursou as disciplinas, realizou o exame de qualificação e chegou a apresentar a tese, mas não conseguiu defendê-la. A partir de fevereiro de 1990 foi deslocado da UFRJ para a UnB, onde foi professor adjunto IV no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Em 1990, foi admitido por concurso de provas e títulos como assessor legislativo da Câmara dos Deputados.

Entre 1975 e 1995 desenvolveu múltiplas consultorias de curto prazo para a Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS) em Washington, D.C., EUA, PAHO/HQ, Genebra, Argentina, Colômbia, Equador, Honduras, Costa Rica, México, Chile, Bolívia, Peru, Brasília, Quebec/Canadá, Rio de Janeiro.

Foi ainda vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), gestão 1986/1987. Do Centro Brasileiro de



Estudos de Saúde (CEBES) foi Presidente em 1980/1981. Membro do Conselho Editorial de 1987 a 1991, novamente presidente entre 1991/1993 e vice-presidente na gestão 1994/1996. Em 1996 passou a integrar o Conselho Consultivo da entidade.

Integrante da Associação Médica de Brasília, da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES), da International Association of Health Politics (IAHP) e da Associação Internacional de Bioética.

Destaca-se a importância do apoio familiar, mulher e dois filhos, que sempre compartilharam de sua busca contínua pela superação de adversidades, na construção de uma sociedade mais justa.

## PUBLICAÇÕES

- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-92.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reorientando o Setor Saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, PR. n. 14, p. 66-74, ago., 1996.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. SUS, o ensino médico e os hospitais universitários. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 49/50, p. 7-8, dez. 1995-mar. 1996.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n.49/50. p. 9-10, dez. 1995-mar. 1996.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. SUS: quem são os verdadeiros vilões. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n.49/50. p. 11-2, dez. 1995-mar. 1996.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reorientando o Setor de Saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médica. In: Congresso Pan-americano de Educação Médica. *Anais*. Montevideú, 1995.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério *et al.* Seminário. Para onde vai a Saúde no Brasil. (debatedor) Câmara dos Deputados, 24 a 25 de maio de 1995. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 48. p. 9-12, set. 1995.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Estado, políticas de ajuste e políticas sociais. Seminário: "Crise do Estado e Política de Saúde" (debatedor). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 28 a 30 de agosto de 1995. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 48. p. 36-7, set. 1995.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o SUS: suas origens, suas propostas, sua implantação e suas perspectivas. In: Brasil, Ministério da Saúde, *Incentivo: Participação Popular e Controle Social no SUS*. Brasília, DF: IEC/NESP, 1994.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde: uma proposta. I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, junho de 1989, Salvador, BA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, PR. n. 4, p. 35-39, jun. 1991.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Os Caminhos do Sistema Único de Saúde no Brasil – algumas considerações e propostas. Brasília, DF: NESP/UnB/IPEA, mar. 1990, 58 p. (entregue para publicação).
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: luta permanente pelo avanço da democracia, in: MICHILES, C. *et al. Cidadão constituinte: a saga das emendas populares*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério (Coord.). Grupo de Assessoramento para elaboração da Legislação sobre Seguridade Social Pós-Constituinte *Anteprojetos da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: NESP/UnB. 51 p. fev./1989, mimeo.
- KWITKO, Marlow; RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Brazil. In: SALTMAN, R. (ed.), *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press, 1988.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Brazilian Health System in Transformation. In: DURU, G. *et al.* Health Care System and actors. *Collection de Médecine Legale e de Toxicologie*, 139, Masson, 1988.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Brasil. In: GOMEZ COVA, David. *Políticas de Salud en América Latina: Aspectos Institucionales de su Formulación. Implementación y Evaluación*. Organización Panamericana de la Salud/Centro La-

tino Americano de Administración para el Desarrollo, 1988.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Saúde na Constituinte. In: BASTOS, V. L.; COSTA, T. M. (Org.). Constituinte: Temas em Análise. Brasília, DF: *Caderno CEAC UnB*, 1988.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério *et al.* Saúde em Risco. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 22. p. 28-29, out. 1988.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A saúde na nova Constituição: uma avaliação. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 21. p. 34-35, jun. 1988.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reunião da ABRASCO em Cachoeira, Bahia. *Saúde em Debate*, Londrina, PR. n. 20. p. 33-38, abr. 1988.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, in: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Documentação. 1987, p. 253-263.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. O 'social' na Nova República. *Rev. Adm. Públ.*, São Paulo. v.21, n. 4, p. XX, out./dez. 1987.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério *et al.* Reforma Sanitária Já! *Saúde em Debate*. n. 19. p. 111, set./out. 1987.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. O Lucro Perverso da Doença. *Humanidades*, 15. 1987.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo

de Transição Democrática, *Saúde em Debate*, Belo Horizonte, MG. n. 17. p. 12-17, 1985.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Integração docente-assistencial em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ. n.11. p. 45-46, 1981.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério *et al.* Tecnologia educacional en enfermería: marco conceptual y experiencias de los Centros Latino-americanos. *Educ. Med. Salud*, n. 4, v.13, 1979.

## ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais. a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

### QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 27 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R\$ 80,00 (oitenta reais) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo, o envio do boleto bancário. É possível também efetuar o pagamento por cartão de crédito. Consulte a secretaria do CEBES sobre esta forma de pagamento.

### CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Diretoria Nacional – Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

[www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html](http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html)

E-mail: [cebes@ensp.fiocruz.br](mailto:cebes@ensp.fiocruz.br)

FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R\$ 80,00

*Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003  
ou Banco do Brasil, Agência 0249-6 C/C: 14137-2 – CNPJ: 48.113.732/0001-14*

Pagamento de Anuidade

Nome: \_\_\_\_\_

Nova Associação

Endereço: \_\_\_\_\_

Atualização de Endereço

Rua/Av.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel.: (      ) \_\_\_\_\_ Fax.: (      ) \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

# INTRUÇÕES AOS AUTORES

## DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), voltada para a área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, é distribuída a todos os associados em situação regular com a tesouraria do CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, artigos de opinião, artigos de revisão ou de atualização, relatos de casos e resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificada a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres do Conselho Editorial *Ad-Hoc* estabelecido para cada número da revista. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou do conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para a composição.

## ARTIGOS

### Seqüência de Apresentação do Texto

1. Título em português e em inglês. O título deve expressar claramente o conteúdo do artigo.

2. Folha de apresentação com nome completo do(s) autor(es), endereço, e-mail e no rodapé as referências profissionais (contendo filiação institucional e titulação). Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.

3. Resumo em português e inglês (abstract), em que fique clara uma síntese dos propósitos, dos métodos empregados e das principais conclusões do trabalho; descritores (descriptors), mínimo de três e máximo de cinco palavras, não ultrapassando o total de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras). Para os descritores utilizar os apresentados no vocabulário estruturado (DECS), encontrados no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores disponíveis para a temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

4. Artigo propriamente dito.

a) as marcações de notas de rodapé no corpo do texto, deverão ser sobrescritas. Ex.: Reforma Sanitária<sup>1</sup>

b) para as palavras ou trechos do texto que são destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Ex.: 'porta de entrada'.

c) quadros e gráficos deverão ser apresentados, também, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente com indicações das unidades em que se expressem os valores e com as fontes correspondentes.

d) os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520: 2001 (disponível em bibliotecas). Ex.: Conforme Mario Testa (2000).

e) as referências bibliográficas no corpo do texto, deverão ser apresentadas entre parênteses em caixa alta seguidas do ano e, se possível, da página. Ex.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Referências Bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023: 2000 (disponível em bibliotecas). Exs.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, Londrina (PR), n. 38, 1993. p. 90-95.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

## EXTENSÃO DO TEXTO

O artigo propriamente dito deve conter até 15 laudas. Os artigos que ultrapassarem este total, serão devolvidos aos autores.

Obs.: 1 lauda tem 1.400 caracteres (com espaço), portanto a cada 20 linhas de 70 caracteres resulta em 1 lauda. Na carta de apresentação do artigo, o(s) autor(es) deve(m) mencionar o número de laudas.

## RESENHAS

Serão aceitas resenhas de livros de interesse da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, a critério do Conselho Editorial. Devem dar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

## ARTIGOS DE OPINIÃO

Serão aceitos trabalhos referentes a textos publicados na revista ou a assuntos de conjuntura de interesse nacional. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Devem conter até sete laudas.

## ENVIO DO ARTIGO

1. Os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados à Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141

Fax.: (21) 2260-3782.

2. Deverão ser apresentados impressos em 03 vias e em disquete. Aceitaremos textos no programa *Word for Windows*.

3. Os gráficos e/ou tabelas deverão ser apresentadas em arquivo separado, no mesmo disquete.

# INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

## DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

Journal of the Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) which focuses on Public Health and Collective Health, distributed to all associated individuals up-to-date with CEBES' treasury.

It accepts original studies in the form of original articles, opinion articles, review or update articles, case studies and critical book reviews of academic, political, or social interest.

Texts sent for publishing are responsibility of the authors.

Total or partial reproduction of articles is permitted, as long as both authorship and source are identified.

Publication of articles is subject to approval by the *Ad-Hoc* Editorial Advisory Board established for each issue of the journal. Any suggestion of changes in structure or content, by the editors, will be previously agreed by the authors. No changes or additions can be made after articles are sent to typesetting.

## ARTICLES

### Text presentation sequence

1. Title in Portuguese and English. Titles must clearly express article content.

2. Cover containing full author(s) name(s), address, Email, and, as footnotes, professional references (including institutional affiliation and titles). When the article is a result of a sponsored research, the sponsoring agency should be mentioned.

3. Abstract in Portuguese and English, containing a summary of purpose, used methods and main work conclusions; descriptors, between three and five words, not more than 700 characters (approximately 120 words). For descriptors use the ones presented in the available structured vocabulary (DECS), which can be found at <http://decs.bvs.br>, in case available descriptors are not found for the article's theme, terms or expressions of known use can be indicated.

### 4. Article.

a) footnote numbers inserted in the text must be superscripted. E.g.: Sanitary Reform<sup>1</sup>

b) for highlighting words or excerpts the author should use simple quotation marks. E.g.: 'entrance'.

c) tables and graphics should also be presented in separate sheets, numbered and correctly named, with indication of the units used and corresponding sources.

d) authors mentioned in the text should be written in lower case (only first letters of each name in capital letters), according to regulation ABNT NBR 10520: 2001 (available in libraries). E.g.: Mario Testa (2000)

e) bibliographic references in the text shall be presented inside brackets and upper case followed by year and, if applicable, page. E.g.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Bibliographic References shall be presented in the end of the article, according to regulation ABNT NBR 6023: 2000 (available in libraries). E. g.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, 1993. p. 90-93.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

## TEXT LENGTH

The article itself must have a maximum of 15 pages. Articles that do not comply to this will be returned to authors.

Note: one page has 1,400 characters (including spaces), so every 20 lines of 70 characters each forms one page. In the article presentation letter, the author(s) must state the number of pages.

## REVIEWS

Critical reviews of books of interest to Public Health and Collective Health, will be accepted, at the discretion of the Editorial Board. They must discuss book's content, its theoretical postulates and the audience it aims to reach, in up to three pages.

## OPINION ARTICLES

Articles about previously published articles in this journal or about national interest issues will be accepted. These will be subject to Editorial Board approval. Must be made up of seven pages maximum.

## ARTICLE SUBMISSION

1. Articles should be submitted to the following address for appreciation by the Editorial Board: Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Phone: +(55)21 3882-9140 and +(55)21 3882-9141  
Fax: +(55) 21 2260-3782.

2. Articles must be submitted in three copies and in diskette. We will accept articles in *Word for Windows* program.

4. Graphics and/or tables must be presented in a separate file, in the same diskette.

#### REVISÃO DE TEXTO

Sonia Regina P. Cardoso — português, Juliana Monteiro Samel — inglês & Maria Fernanda Magro Dionysio — revisão tipográfica

#### CAPA, DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Adriana Carvalho & Carlos Fernando Reis da Costa

#### FOTOS DA CAPA

Sylvia Ypiranga & Christina Tavares

#### IMPRESSÃO E ACABAMENTO

Ediouro Publicações S. A.

#### TIRAGEM

3.000 exemplares

#### PROOFREADING

Sonia Regina P. Cardoso — portuguese, Juliana Monteiro Samel — english & Maria Fernanda Magro Dionysio — proofreading

#### COVER, LAYOUT AND DESK TOP PUBLISHING

Adriana Carvalho & Carlos Fernando Reis da Costa

#### COVER

Photos by Sylvia Ypiranga & Christina Tavares

#### PRINT AND FINISH

Ediouro Publicações S. A.

#### NUMBER OF COPIES

3,000 copies

This publication was printed in Rio de Janeiro on July, 2003.

Cover in couche paper 180 gr

Core in off set paper 75 gr

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em julho de 2003.

Capa em papel couche 180 gr

Miolo em papel off set 75 gr

Divulgação em Saúde para Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES — (set. 1989) — Londrina, PR: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003.

n. 28; 27cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1



BRAZIL

ENCUENTRO LOCAL