



Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde

Entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor



Una

José Paranaguá de Santana
Janete Lima de Castro

José Paranaguá de Santana
Janete Lima de Castro

Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde

Entrevista com
Antonio Carlile Holanda Lavor
e Miria Campos Lavor



Conselho editorial

JANETE LIMA DE CASTRO

ROSANA LÚCIA ALVES DE VILAR

LENINA LOPES SOARES

JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA

CRISTIANE SCOLARI GOSCH



Seminare | 3

Sumário

Tecendo rotas e percorrendo trilhas (prefácio por José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro)	5
Ajustando a rota	9
Seguindo a trilha	21
Achados e ganhos	40
O agente de saúde	48
Do sertão para o outro lado do mar	66
Novas trilhas, achados e ganhos	87
Compromisso primeiro com a saúde pública (posfácio por José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro)	108
Iconografia	113
Notas	128

Tecendo rotas
e percorrendo trilhas
[Prefácio]

Os prefácios raramente são lidos, tornando-se meros adornos dispensados pelos leitores desinteressados em orientações para sua própria leitura do livro. Aqui apenas se fará uma breve apresentação dos personagens retratados. Para os leitores mais fiéis, o posfácio resume as impressões de quem interpelou os protagonistas da história relatada.

Este livro registra depoimentos de dois sanitaristas comprometidos com os ideais que compartilham, tecendo rotas e percorrendo trilhas em busca de seus sonhos. Lembranças que, por vezes, recontam histórias da saúde pública do nosso país, particularmente quando as narrativas entrelaçaram vivências pessoais com os processos de surgimento e institucionalização de um novo ator da equipe de saúde, o agente de saúde. Relatos que reforçam a crença de que é possível fazer política de saúde com compromisso e responsabilidade.

Antonio Carlile Holanda Lavor se destacou como protagonista da história da saúde pública no Ceará a partir de 1979. Para isso, percorreu trilhas de uma rota vislumbrada desde que ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em 1959. Quando estudante foi monitor do recém-criado Instituto de Medicina

Preventiva (IMEP) daquela universidade, um dos primeiros centros desse gênero em faculdades de medicina do Brasil. Atuou em duas experiências de integração docente-assistencial promovidas nos anos 1970 pela Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Durante esse período, alimentava a ideia fixa voltar para Jucás, sua terra natal no sertão cearense. Seu relato revive os caminhos que percorreu almejando contribuir com o desenvolvimento social e econômico da região onde nasceu.

Miria Campos Lavor é assistente social. Ela e Carlile tornaram-se companheiros de vida e ideais ainda estudantes universitários e a partir de então compartilham seus destinos pessoais e profissionais, seus sonhos e realizações. Nas palavras do casal, “é como se nós fôssemos complementares um para o outro”. Unidos, ajustaram a rota a seguir, palmilharam trilhas, tocaiaram achados e ganhos. Protagonizaram iniciativas de grande valor para a saúde pública em seu Estado e influenciaram projetos para além dessas fronteiras.

Carlile é uma pessoa de conversa reflexiva, com certa dificuldade de falar sobre si mesmo. Miria fala de forma mais solta. Entrevistá-los foi uma experiência agradável e estimulante, facilitando a organização deste livro

A designação de Carlile e Miria como sanitaristas de Jucás foi inspirada em um artigo da Revista do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*. E o destaque, no título do livro, para o tema do agente de saúde, no bojo de tantos outros assuntos, adveio da impressão de que os protagonistas adotaram, desde cedo, esse novo ator da equipe de saúde como emblema de sua militância em prol da saúde pública.

* SANTANA, J. P. O sanitarista de Jucás. Conasems, Brasília, v. 1, p. 32-33, 2004.

As entrevistas dos quatro primeiros capítulos foram gravadas em meados de 2003, e posteriormente revisadas, sendo mantida a mensagem original. A leitura desses textos deve, portanto, levar em conta aquele contexto. Essa advertência resguarda a interpretação de termos e expressões, particularmente com relação a alterações ocorridas, a partir daquele momento, na denominação e nas estratégias dos programas e das políticas de saúde no contexto nacional, inclusive no Estado do Ceará. Já os dois últimos capítulos, foram elaborados no segundo semestre de 2016, na fase final de elaboração do livro.

Esperamos que o leitor seja estimulado para a reflexão sobre um modo de construir políticas de saúde: vivendo, aprendendo e fazendo.

José Paranaquá de Santana

Janete Lima de Castro

Ajustando a rota

Carlile, que tal iniciar a conversa falando sobre suas escolhas ao ingressar na universidade: cursar medicina; engajar-se no movimento estudantil; participar do diretório acadêmico; e, ao concluir a faculdade, fazer especialização em bacteriologia no Rio de Janeiro?

Carlile: Primeiro eu gostaria de expressar a minha alegria de conversar com vocês. Eu gosto mais de falar que escrever. Assim, me parece uma boa oportunidade para registrar determinados assuntos. Entrei na faculdade de medicina animado para ser médico e voltar para Jucás. Desde pequeno, convivi com o meu pai, Cândido Lavor, cuidando da saúde da população da cidade. Ele era o farmacêutico de Jucás, e foi prefeito em 1950-1954 e em 1962-1966. Meu avô e seus dois irmãos, também cuidaram da saúde naquela região toda, cada um em sua cidade: Jucás, Iguatu e Orós. Meu bisavô era o farmacêutico de Iguatu e foi o primeiro prefeito daquela cidade, logo depois da Proclamação da República. Sempre fomos uma família ligada à saúde. Eu, desde pequeno, como todo mundo dizia, queria ser médico. Cursei até o 5º ano primário em Jucás e, com onze anos de idade, fui estudar na cidade do Crato. Depois, fui pra Fortaleza,

fazer o terceiro ano científico e a faculdade. Mas, minha intenção era voltar para Jucás depois de formado.

Fale de sua experiência na universidade.

Carlile: Naquele tempo havia muita animação em todo o país, muita discussão política. Foi o período de Juscelino Kubitschek, de Jânio Quadros e de João Goulart¹. Época de muita polêmica sobre as chamadas reformas de base². Eu fui me envolvendo com a política estudantil, inicialmente restrito ao aspecto do ensino. Durante os últimos três anos na faculdade, de 1962 a 1964, foi quando eu tive realmente um aprendizado político. Meu pai era prefeito pela segunda vez, mas minha participação na política local era pequena. O diretório acadêmico é que foi a minha escola, o meu espaço de aprender política e de refletir sobre a discussão nacional. Lá, discutíamos como o ensino deveria ser mais ligado à realidade. Eu via aquele ensino muito distante do que eu conhecia de Jucás, e fui aprofundando cada vez mais essa reflexão. Eu achava que a faculdade poderia ser melhor.

Como se deu sua participação nessas questões?

Carlile: A discussão sobre reforma do ensino na faculdade começou com a implantação do Instituto de Medicina Preventiva (IMEP), em 1959, com Dr. Alencar³. Ele era uma pessoa com uma visão ampla de saúde pública, tinha visitado a China, a Rússia e os Estados Unidos. Foi o representante no Ceará de uma geração de parasitologistas com visão social do processo saúde-doença, cujo grande expoente foi Samuel Pessoa⁴. Dr. Alencar conhecia o que havia de novo na medicina preventiva e contribuiu para a mudança do curso médico, no sentido de voltá-lo mais para a população, mais para a saúde pública e para a prevenção. Isso realmente me entusiasmou: compor um grupo de profissionais que refizesse a faculdade, que voltasse a

faculdade para o trabalho de ensino e pesquisa mais ligado ao dia a dia da saúde do Ceará. Quando o Instituto abriu concurso para monitores, eu me inscrevi e entrei para a área de microbiologia e imunologia. No ano anterior eu havia cursado essa matéria e, naquele momento, como monitor e participante do diretório acadêmico, começava a juntar a discussão de política nacional e do ensino na minha faculdade com as propostas do modelo de saúde para o país e para o Ceará. No quinto ano de medicina, fui vice-presidente do diretório estudantil, contribuindo para uma renovação da gestão da política acadêmica, em que cada pessoa assumia uma responsabilidade. A mim, coube a tarefa de acompanhar a reforma do ensino e representar os estudantes na Congregação da Faculdade de Medicina. Nessa perspectiva, eu me aprofundei no estudo do ensino médico em várias regiões do mundo. Estudei o ensino médico nos Estados Unidos da América, na Inglaterra e outros países da Europa, na União Soviética e na América Latina, especialmente na Argentina e no México. Fui me enfronhando nesse tema e passei a gostar da ideia de fazer parte da Faculdade de Medicina.

Qual foi o passo seguinte?

Carlile: Logo que terminei o curso, em dezembro de 1964, fui fazer um curso de especialização em microbiologia no Rio de Janeiro, como bolsista da CAPES⁵. Consegui a bolsa por indicação do Antero⁶, que havia chegado dos Estados Unidos e tinha interesse em fazer transplante renal no Ceará e, para isso, precisava de alguém que entendesse de imunologia. Mas, como eu tinha participado do diretório dos estudantes e me envolvido com as questões da reforma do ensino e, como vocês lembram, era a época do golpe militar, a Faculdade de Medicina não quis indicar meu nome para a CAPES. Então, por combinação entre Antero e Ventura⁷, o Instituto de

Química me deu a bolsa e em 1965 eu fui fazer pós-graduação no Instituto de Microbiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde o currículo incluía tanto a microbiologia quanto a imunologia.

Você pretendia voltar para Jucás ao retornar do Rio de Janeiro? O que faria lá um especialista nessas áreas?

Carlile: Quando eu voltei, fui trabalhar no Instituto de Química, em Fortaleza, que estava precisando de um professor para uma disciplina nova, microbiologia industrial, dentro do curso de química industrial. Mas, fiquei lá apenas dois meses. Não era realmente o que eu queria. E eu sentia necessidade de rever Jucás. Então voltei para onde meu apego sempre foi muito grande. Depois de passar um tempo conhecendo o mundo, sentia vontade de olhar para a cidade sob a ótica do que eu tinha aprendido sobre política e sobre saúde. Retornei em 1966 para trabalhar como médico. Mas, resolvi também investir na criação de um curso ginásial⁸. Sempre me pareceu que uma das maiores deficiências da minha cidade era a falta de estudo. Na época, quando se terminava o quarto ano primário, quem tinha melhor condição econômica ia estudar fora e quem não tinha, parava de estudar.

Seu pai era o prefeito na época da instalação do curso ginásial em Jucás?

Carlile: Sim. Meu pai foi prefeito de Jucás pela primeira vez em 1950. Depois, foi prefeito de 1963 a 1966, época da criação do Ginásio. Ao retornar, eu trabalhei como médico, mas sempre achei essencial para o desenvolvimento de uma cidade que as pessoas aprendessem e tivessem conhecimentos. Um curso ginásial faria com que as pessoas ficassem na terra por mais tempo, pois a maioria dos que saíam para fazer esse curso se desligava completamente

da cidade. Para o Ginásio começar a funcionar, um amigo nosso, Dr. José Leal Lima Verde⁹, cedeu uma casa que a prefeitura reformou e lá instalamos o Ginásio Crebilon Lima Verde¹⁰.

O que foi mais marcante nessa fase: lidar com o que a academia não ensinou ou aplicar o conhecimento lá adquirido?

Carlile: Na faculdade a gente via muita coisa de forma artificial, longe do povo. As discussões sobre as formas de melhorar as condições de vida da população se passavam dentro da faculdade e longe da realidade. Eu precisava ver e sentir mais de perto se o que se aprendia na literatura era aplicável de verdade. Queria rever como era a vida da população pobre do sertão, retratada em Jucás: uma cidade bem pequenininha, com deficiência de energia elétrica, pois funcionava só um pedaço da noite; que praticamente não tinha asfalto; onde a maioria das pessoas era analfabeta e os poucos que iam para a escola chegavam somente até ao quarto ano primário; e a economia não funcionava (eu via as pessoas comprarem um saco de milho, muito caro, e, no entanto, plantarem, colherem e venderem por um décimo de preço). Foi muito importante rever tudo isso com outros olhos. Jucás foi um grande aprendizado... A implantação do Ginásio foi a nossa maior contribuição naquela época.

Quanto tempo você ficou em Jucás?

Carlile: Saí de lá novamente um ano e pouco depois, em 1967. Aceitei o convite da Universidade Federal do Ceará para trabalhar no setor de microbiologia do Hospital das Clínicas e no Instituto de Medicina Preventiva. Nessa mesma época, o Hospital de Maracanaú¹¹ estava precisando de um microbiologista, e me convidaram para trabalhar lá também.

Essa fase em Fortaleza perdurou?

Carlile: Não demorei muito em Fortaleza. Numa viagem a Belo Horizonte, em 1969, para participar de um congresso sobre tuberculose¹², eu e Miria fizemos uma escala para conhecer Brasília, a convite do deputado federal Wilson Roriz¹³, que nos propiciou a hospedagem na nova Capital. Lá, reencontrei casualmente Antero¹⁴, que me convidou para conhecer a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, particularmente a experiência de integração do ensino com o trabalho comunitário (ele já estava mais envolvido com educação médica que com transplante renal). Aquilo me pareceu um verdadeiro sonho. Conviver com um grupo de colegas dedicado integralmente ao atendimento de uma pequena cidade. Professores com dedicação exclusiva em um programa de ensino e de atendimento para uma cidade de 25 mil habitantes, era tudo que eu almejava, ou seja, como aprender medicina para atender uma população pobre, em todos os seus aspectos de saúde. Essa era a proposta da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho¹⁵, que fazia do atendimento mais simples até a área mais especializada. Antero me convidou a enviar o currículo, e assim eu fiz.

Como foi então sua experiência em Brasília, ou, especificamente, em Sobradinho?

Carlile: A minha responsabilidade maior era fazer a microbiologia dentro do hospital escola, participando da formação dos estudantes e colaborando com os demais professores na discussão dos casos clínicos. Era um ambiente de estudo muito fecundo. Ali eu comecei a aprofundar meu entendimento e rever as relações entre os problemas sociais e as doenças de forma mais sistematizada, mais científica. Discutíamos a importância da desnutrição nas infecções e como essa relação podia ser trabalhada fora do hospital. Miria era assistente

social da UISS e trabalhava em estreita colaboração com o Centro de Desenvolvimento Social de Sobradinho, da Fundação do Serviço Social do Distrito Federal. Começou a mobilizar a comunidade para fazer a ligação das casas à rede de esgoto. Em mais ou menos três meses conseguimos a adesão de todas as famílias, demonstrando que a ausência dessas ligações tinha como resultado um grande índice de parasitoses, além de infecções repetidas. Em nossas reuniões com a comunidade eu levava o microscópio para mostrar os parasitas aos pais e às mães. Depois, fizemos o mutirão de limpeza. E fui valorizando cada vez mais a importância da articulação do trabalho médico com o serviço social.

Como se articulava esse trabalho em Sobradinho com a Faculdade de Ciências da Saúde, sediada em Brasília?

Carlile: Em Sobradinho ficava o hospital escola da Faculdade. A doutrina inicial era que o hospital se dedicasse a atender todos os problemas de saúde dessa comunidade. Os estudantes faziam o ciclo básico do curso no Minhocão¹⁶ e depois iam fazer a parte clínica nesse hospital, onde também participavam das atividades comunitárias.

Sua aproximação com a saúde comunitária, ou medicina comunitária, começou em Sobradinho?

Carlile: Os contatos teóricos com a medicina comunitária começaram quando eu era bolsista no Instituto de Medicina Preventiva no Ceará, que aglutinava pessoas importantes para discutir os mais variados temas. A seguir, tive a experiência de Jucás. Naquela época eu me deparei com problemas sociais e sentia claramente o meu limite para resolvê-los. Sentia, de forma dolorosa, que ainda não estava preparado para atuar em uma comunidade com tantos problemas sociais. Foi em Sobradinho que comecei a vislumbrar mais

claramente algumas soluções. Vivenciei, de forma prática, tudo aquilo que eu tinha estudado nos livros. O hospital tratando dos doentes e a atuação comunitária resolvendo os problemas sociais. Um fato marcante nesse período foi o estudo de uma epidemia de meningite que, de 1972 a 1974, afetou a Região Centro-Oeste, disseminando-se por todo o Brasil. Fiz a documentação inicial em Sobradinho e em seguida assumi a microbiologia dos casos de todo o DF, identificando as pessoas que adoeciam e sua residência ou procedência. Como os grupos sociais se dividem claramente segundo as regiões ou áreas de residência, pude constatar como a epidemia foi muito mais rude com as populações mais pobres. Ficamos em Sobradinho de 1969 a 1973. Toda essa experiência me levou a pensar em como desenvolvê-la em outros lugares.

E seguiu então para uma nova estação?

Carlile: Minha ida para Planaltina¹⁷ resultou de conversas com Frederico¹⁸ e Átila¹⁹, e teve muita influência de Miria. Lá, havia um Centro de Desenvolvimento Social (CDS) da Fundação do Serviço Social de Distrito Federal (FSSDF), para cuja chefia ela fora nomeada. E a atuação do CDS era muito articulada com a unidade da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), o Centro de Saúde²⁰ dirigido pelo Átila. Era uma unidade pequena, não se comparava com o Hospital de Sobradinho, mas apresentava as condições para uma experiência nova que nós queríamos fazer. O Frederico era entusiasta da participação comunitária, tendo demonstrado, num projeto de controle da esquistossomose numa área rural em Pernambuco, que as pessoas eram capazes de aprender a prevenir as doenças sem usar a medicação, apenas com a educação. O Projeto Planaltina²¹ surgiu, para mim, como uma possibilidade de levar os estudantes a compreender o efeito das condições sociais sobre os problemas de

saúde e a aprender a resolver esses problemas com a participação social. Esse projeto apresentou alguns resultados importantes, como o programa de capacitação de auxiliares de saúde e a experiência de trabalho com esse novo integrante da equipe de saúde e de serviço social. Outras realizações, importantes na área de ensino acadêmico, foram a especialização em medicina comunitária²² e a integração do ensino médico com outras áreas, como enfermagem, antropologia e sociologia. Foram também publicados trabalhos em revistas científicas e duas dissertações de mestrado. Embora em Planaltina eu fosse responsável pelo laboratório do Centro de Saúde, a maior parte do meu tempo era dedicada ao programa comunitário. Aí estava meu novo campo de interesse na saúde pública, e fui cada vez mais me desligando do laboratório.

Foi um rompimento com o microscópio?

Carlile: Não! Não foi um rompimento como o microscópio. Por ser inicialmente microbiologista, sempre fui muito ligado ao microscópio. Eu percebia que as pessoas tinham dificuldades de compreender a importância de lavar as mãos, de tratar a água, então, através do microscópio, as apresentava ao micróbio. E o resultado era surpreendente. De certo modo, ainda hoje eu uso o microscópio.

Como foi o retorno de Brasília para o Ceará?

Carlile: Ficamos em Brasília de 1969 até 1978, quando eu estava me preparando para fazer um doutorado nos Estados Unidos. Por capricho do destino, naquele momento o Governo do Estado do Ceará abriu concurso para a carreira de saúde pública²³. A meta era colocar um sanitarista em cada região do Estado. Quando soube dessa informação, pensei: é a minha hora de voltar! Eu sempre alimentei a decisão de voltar para o Ceará, porém não queria voltar

para fazer medicina privada nem depender de favor político para assumir colocação ou cargo de confiança. Então eu fiz concurso para o cargo de sanitarista da Regional de Iguatu, o que me permitiria morar em Jucás, pois são cidades muito próximas. Era tudo que eu tinha sonhado como profissional: trabalhar na minha terra, naquilo que eu estava preparado para fazer, após a experiência em Sobradinho e Planaltina. E, além de tudo, morando em Jucás! Mas a Miria não queria voltar sem trabalho também para ela, inclusive porque estava numa fase importante de sua vida profissional em Brasília. O jeito foi ela também fazer o concurso. Nós dois passamos e tivemos a felicidade de voltar para nossa terra.

E largou o plano para fazer doutorado nos Estados Unidos?

Carlile: Ah, para mim o doutorado em Jucás era muito mais importante!

Fale um pouco mais sobre as experiências em Sobradinho e em Planaltina.

Carlile: Essas experiências foram muito ricas porque reuniam grupos de pessoas interessadas em desenvolver um trabalho em saúde pública, verdadeiramente envolvidas com o que faziam. Nós tivemos liberdade de pensar e experimentar. Pessoas vindas de todo o Brasil, que lá se juntaram num grupo interdisciplinar e multiprofissional bastante solidário. Cada um aportava muito de sua área de conhecimento nessas experiências, e todos nós aprendíamos uns com os outros. Nesse período eu também estudei muito e adquiri uma clara consciência sobre as diferenças regionais, as diferenças entre as cidades, entre os países. Eu olhava para o mundo e para Jucás, mas Jucás sempre foi o meu primeiro olhar! A possibilidade de ajudar seu desenvolvimento sempre me atraiu muito. Eu pensava que se

outros lugares estavam se desenvolvendo, era possível que a nossa terra também se desenvolvesse. A experiência em Sobradinho e em Planaltina foi muito rica nesse aspecto porque eram comunidades pobres, com gente parecida com as nossas do sertão, e nós conseguimos fazer mudanças nos indicadores de saúde. As avaliações indicavam que estávamos conseguindo rapidamente diminuir a mortalidade infantil. Em Planaltina foi possível, com a participação dos auxiliares de saúde, vacinar toda a população prevista, controlar o sarampo, a coqueluche e a difteria e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças. Comprovamos que medidas simples resolvem vários problemas de saúde da comunidade.

Seguindo a trilha

Como foi o recomeço em Jucás, com a bagagem que você regressou ao sertão?

Carlile: Exatamente, retornei com o que tinha aprendido em outros lugares. Mas, nesse período que passei em Brasília, eu nunca deixei de estudar sobre o Ceará. Quando assumi o cargo de sanitarista de Iguatu, fui visitar cada um dos 14 municípios daquela Regional. Várias cidades não tinham médicos. Conheci cada médico e cada enfermeira, discutindo o que eles faziam, como faziam e por que faziam; assim, ia descobrindo como ajudá-los. Estabelecemos uma relação muito boa com todas as unidades de saúde, inclusive com os hospitais particulares e com os filantrópicos. Conheci bem de perto os serviços dessa região do Ceará e, agregando a tudo que eu tinha de conhecimento sobre saúde pública, foi fácil começar a montar um sistema de saúde para a Regional de Iguatu.

Qual era a situação quando vocês chegaram nessa Regional?

Carlile: Tínhamos apenas seis municípios com hospitais, que funcionavam com o financiamento do FUNRURAL¹, e apenas dois com financiamento também do INAMPS². A situação geral era precária: a referência no atendimento, especialmente no caso de remoção de

um doente para outra cidade, ainda era na base do favor político; a mortalidade infantil era altíssima, todas as infecções evitáveis por vacina ainda enchiam os hospitais; não se sabia quantas crianças nasciam ou morriam, não existiam certidões de nascimento nem declarações de óbito. Esse foi o ponto inicial dos trabalhos: contar o número de pessoas que nasciam e que morriam, para orientar o que fazer. Com o tempo, o trabalho da região de Iguatu foi tomando vulto e nós começamos a participar de discussões no contexto do Estado. Parte disso consta de um documentário em Super-8 que apresentamos, em 1983, em um congresso³ em São Paulo.

E, especificamente, em Jucás, quais as ações de destaque nesse período?

Carlile: Nesse período em que moramos em Jucás ocorreu uma das piores secas que o Ceará já viveu, de 1979 a 1983. Foi realmente uma coisa que me marcou muito. Teve uma hora, em 1983, que Miria pensou em voltar para Fortaleza porque, realmente, nós não tínhamos mais o que fazer. As pessoas estavam morrendo de fome, e nós não podíamos fazer nada. Tínhamos conseguido construir um centro de saúde, vacinávamos quando necessário, mas estávamos quase impotentes diante da fome. Tinha um monte de menino morrendo e eu não sabia o que fazer com tanta desnutrição. Foi quando resolvemos juntar as crianças em creches improvisadas e alimentá-las com as comidas que conseguíssemos com ajuda do governo e outras doações. A cada dia, duas ou três mães faziam o almoço das crianças e os pais providenciavam a água e a lenha. Chegamos a organizar mais de trinta creches em todo o município de Jucás; na verdade, eram casas muito simples, cedidas por alguma pessoa da comunidade, e não creches propriamente ditas. Se não me falha a memória, foram três na cidade e o restante na zona rural. Nesse momento, convidamos

a Zuleica⁴, médica pediatra com reconhecida competência na área de nutrição, para passar uns dias conosco em Jucás, nos ensinando como tratar a desnutrição. Esse combate à desnutrição contou com o trabalho das visitadoras sanitárias que havíamos treinado. Felizmente, tivemos sucesso com as medidas adotadas e, no último ano dessa seca, morreram menos crianças do que antes.

E nos demais municípios da Regional?

Carlile: Esse foi um ano em que eu praticamente deixei o trabalho com os hospitais e fui buscar a população para ajudar nas medidas que estávamos adotando. Essa aproximação com a comunidade foi algo muito importante para o meu futuro profissional. Foi uma época muito difícil! E olha que eu tinha convivido com a seca! Desde menino que eu conhecia a seca! [pausa] lembro que em 1952, meu pai era prefeito e eu costumava vê-lo, às cinco horas da manhã, dando farinha e rapadura para um monte de homens na calçada da nossa casa. Ele quebrava a rapadura e deixava numas tampas de tambor [...] cada um pegava seu pedaço [...] e ele distribuía uma porção de farinha nas cuias que cada um trazia. Esse era o alimento daqueles homens. Essa imagem nunca me saiu da cabeça! [Ao terminar a frase, Carlile retirou-se da sala de entrevista, tentando esconder a emoção que lhe despertavam essas recordações. Em outros momentos, reagiu da mesma forma, evitando transparecer o sentimento de quem associava uma imagem de infância com a missão de colaborar com o desenvolvimento de sua terra, de modo que as pessoas não precisassem de farinha com rapadura dada para não morrer de fome].

Você relatou a experiência de trabalhar com as comunidades do interior, com as lideranças locais nos municípios da Região

de Iguatu e referiu brevemente a repercussão dessa atuação no contexto estadual. Qual a dimensão e quais os efeitos dessa repercussão?

Carlile: A repercussão teve relação, originalmente, com a campanha pelas Diretas Já⁵, um marco na vida da gente, em todo o Brasil. No Ceará, não houve comícios grandes como os de São Paulo, mas ocorreu uma aglutinação de pessoas que desejavam a mudança, na Capital e no interior. A área médica já vinha se organizando no Centro Médico Cearense sob a liderança de Paulo Marcelo Martins Rodrigues⁶, realmente uma pessoa que congregava a classe médica e tinha estabelecido uma relação muito boa com as outras categorias profissionais. Logo depois da eleição de Tancredo Neves, um grupo se reuniu para discutir o que poderia fazer ou propor para o sistema de saúde do Ceará. Eu já era relativamente conhecido no Estado, pelo trabalho de Iguatu. Na época que Totó⁷ rompeu com o último coronel⁸ e resolveu apoiar a candidatura do Tasso⁹, o governo resolveu fazer mudanças em alguns cargos, e um desses era a chefia do Departamento de Ações Básicas da Secretaria de Saúde do Estado. Aí os grupos da saúde foram ao governador e sugeriram o meu nome. Isso foi em julho de 1986, início da campanha eleitoral.

Então, nesse momento, você passou a atuar no âmbito central da Secretaria de Saúde?

Carlile: Daí por diante eu me engajei intensamente no trabalho da Secretaria de Saúde, vendo como reorganizar os serviços. E participava das reuniões do Grupo da Saúde, que se reunia semanalmente em Fortaleza para debater propostas e planos de saúde para o governo estadual. Nessa época eu me aproximei mais de colegas de Fortaleza, como Marco e Elisa Penaforte, Adriana e César Forti, Fred e Anamaria Cavalcante, e constituímos uma equipe que aprofundou

as discussões que resultaram em um projeto de saúde para o novo governo. Por conta desse trabalho, assumi o cargo de Secretário Estadual de Saúde no novo governo. Um ano após, fui substituído por Marco Holanda Penaforte¹⁰ que, posteriormente, foi substituído por César Forti¹¹. Fomos três secretários do governo Tasso, mas sem nenhuma interrupção do que foi iniciado na minha gestão. Na verdade, seguíamos o projeto definido pelo Grupo.

Se não houve rupturas com o projeto, então quais foram os motivos para essas substituições?

Carlile: É que eu voltei novamente para Jucás. Quis me candidatar a prefeito. Ao sair da Secretaria de Saúde, quem assumiu foi o Marco Penaforte, que era o chefe de gabinete na minha gestão; depois ele também saiu para se candidatar a deputado federal. Aí foi a vez de César Forti, que era o subsecretário desde minha época. Não houve ruptura na condução do projeto para a saúde, estabelecido desde a campanha eleitoral, porque éramos todos da mesma equipe. A influência de nosso grupo prolongou-se ainda nas quatro gestões seguintes: Anamaria Cavalcante foi secretária de saúde do governador seguinte, Ciro Gomes; no retorno de Tasso Jereissati, por dois mandatos, bem como na gestão do governador Lúcio Alcântara, os titulares da pasta da saúde mantiveram as orientações estabelecidas desde 1987.

Quando você exerceu o cargo de Secretário de Estado da Saúde, o contexto nacional era marcado por polêmicas doutrinárias e conflitos políticos em torno da reorganização do setor da saúde. Como você lidou com os problemas que certamente ocorreram com a unificação do setor no Estado, envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e a Superintendência do INAMPS no Estado?

Carlile: Quando eu assumi a Secretaria, no dia 15 de março, também assumi a Presidência da FUSEC, integrando assim os serviços de saúde de competência do Estado. Posteriormente, esse processo ocorreu com a Superintendência do INAMPS. Esses dois processos não foram simples! Existiam diferenças salariais que procuramos corrigir, mas as relações das equipes das distintas instituições eram muitas vezes litigiosas. Uma vez, durante uma greve, fui informado que vários profissionais, lideranças do movimento, estavam no pátio da Secretaria e que ia subir uma comissão para falar comigo no Gabinete. Avisei que não receberia a comissão; e correu o boato que eu estava com medo! Mas o que eu queria era falar com todos eles. Então, peguei um tamborete e fui para o pátio discutir com a turma toda, e não apenas com uma comissão.

Como ocorreu a incorporação da estrutura estadual do INAMPS à secretaria de saúde?

Carlile: Nos primeiros meses de meu mandato, não acumulei o cargo de superintendente do INAMPS. Eu tinha a preocupação de não dismantelar os serviços que estavam funcionando bem. O INAMPS tinha bons hospitais com uma estrutura bem organizada. Eu não queria correr o risco de desmanchar aquilo tudo. Pode ter sido um erro. Não sei! Creio que as dificuldades que passamos com a extinção do INAMPS no Ceará foram iguais às ocorridas nos outros estados. O INAMPS tinha outra estrutura, com financiamento federal e uma forte cultura institucional, de modo que a mudança foi de fato muito difícil, inclusive com forte oposição dos servidores. Nesse período foi criado um grupo de trabalho para estudar as mudanças necessárias e tivemos, inclusive, assessoria da FUNDAP¹². Contamos com a ajuda de pessoas de muita confiança e muita credibilidade dentro do INAMPS, da FUSEC e da própria Secretaria de Saúde. Esse

grupo começou a pensar o que seria a nova Secretaria de Saúde. Ainda não havia a nova Constituição, era a fase do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, o SUDS¹³. Nós estávamos antecipando coisas que só depois seriam colocadas na nova legislação: já tínhamos incorporado a ideia do Sistema Único de Saúde, o SUS¹⁴, que atendesse da promoção ao tratamento e reabilitação; e já perseguíamos a ideia da descentralização. Nosso plano era unificar no âmbito estadual para, a seguir, descentralizar para os municípios. Assim, 1987 e 1988 foram os anos de fusão institucional. Penaforte prosseguiu na gestão da Secretaria de Estado da Saúde, período em que a unificação e a descentralização dos serviços de saúde viraram lei com a nova Constituição. Em 1989, quando César Forti assumiu a Secretaria Estadual e eu a Secretaria Municipal de Iguatu, começamos a descentralização.

Em resumo, você deixou a secretaria estadual de saúde para candidatar-se a prefeito de Jucás, em 1988. Perdeu a eleição, mas, foi convidado e assumiu, no ano seguinte, a Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu. Como você lidou com essas reviravoltas?

Carlile: Foi mesmo uma reviravolta [sorrindo, ante o termo da pergunta]. Após a campanha eleitoral, assumi a secretaria municipal de saúde, em janeiro de 1989, e aproveitei para incluir nosso estado em um movimento importante já iniciado em outros estados. Em maio, criamos o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), com a diretriz de investir na descentralização. A posição da Secretaria de Estado foi de total apoio, não poderia ser diferente. O município de Iguatu e outros dez municípios foram os primeiros a terem os serviços de saúde municipalizados. Os recursos que foram repassados pelo Estado nos possibilitaram implantar a emergência em sistema de 24 horas, expandir as equipes de agen-

tes de saúde e outras ações. Nesse período a Secretaria Estadual implantou o Conselho Estadual de Saúde e eu, como presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, comecei a participar também desse Conselho recém-criado.

Ao que parece, o revés eleitoral foi tomado como uma oportunidade de inovação na saúde pública. Qual a pauta de interesse do COSEMS/CE no Conselho?

Carlile: De fato, foi uma oportunidade e uma novidade interessante. O primeiro ponto que eu levei para a discussão foi como descentralizar os recursos do INAMPS, que eram destinados essencialmente para poucas cidades do Ceará, onde se concentravam clínicas, laboratórios e hospitais credenciados. Minha experiência anterior, como Secretário de Estado da Saúde, na transição para a fusão com o INAMPS, foi muito importante naquele momento. Eu sabia que os recursos existentes dariam para atender em média duas consultas por habitante por ano (esse era o padrão do ambulatório), e havia uma proporção de exames para cada consulta. Então, levei para o Conselho Estadual de Saúde a proposta de que pelo menos metade dessas consultas deveria ser de atendimento básico e que poderiam ser feitas por médicos contratados nas cidades onde se realizasse o atendimento. E o Conselho Estadual de Saúde aprovou. Consideramos isso uma grande vitória porque os recursos do governo federal eram centralizados basicamente em poucos municípios, como já referi antes, e essa deliberação nos possibilitou levar médicos para outras cidades.

Qual foi a reação da Secretaria Estadual?

Carlile: Essa decisão obrigou a Secretaria Estadual a mudar a sua forma de fazer planejamento. Com base num estudo feito pela Se-

cretaria Estadual junto com o Conselho de Secretários Municipais, foi estabelecido o seguinte: todos os municípios teriam direito aos recursos das consultas básicas; e, se a região tivesse especialistas, os recursos destinados a essas consultas ficariam na região. Dessa forma, definiu-se politicamente o processo de descentralização. O desafio era como fazer a programação. Tínhamos que pensar em algo novo. Com os parâmetros definidos, reunimos todos os secretários de municípios, os diretores de hospitais e de algumas grandes clínicas, e discutimos como fazer. O conjunto dos participantes validaria a programação. É importante dizer que a metodologia adotada nessa reunião de trabalho foi apresentada e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Era uma fórmula simples, mas trabalhosa: reuníamos o conjunto dos secretários municipais, apresentávamos os recursos financeiros existentes e discutíamos como dividir e, finalmente aprovar essas decisões, o que geralmente demorava de três a quatro dias de trabalho. A descentralização dos recursos financeiros foi fundamental para a interiorização dos médicos e para a consolidação do processo de municipalização no Ceará. Nessa época, poucos municípios tinham secretarias organizadas. E, conforme a tradição de centralismo governamental no país, não havia norma nacional para esse processo.

Fale dessa inovação no Ceará.

Carlile: A criação do Conselho de Secretários Municipais do Ceará ajudou muito a ideia da municipalização dos serviços de saúde, principalmente com a criação de secretarias de saúde no interior. Assim, já em junho de 1989, os municípios começaram a assumir os serviços do INAMPS e da Secretaria do Estado. E foi assim mesmo, antes de qualquer norma de âmbito nacional. A cada dois a três meses, entravam vários municípios nesse processo. Mas, levou

um bom tempo até que todos os prefeitos se conscientizassem da importância da municipalização.

Você andou na contramão do habitual, ao assumir o posto de secretário de saúde de Iguatu depois do cargo equivalente estadual. Valeu a pena?

Carlile: Foi uma novidade eu deixar de ser Secretário de Saúde do Estado para ser Secretário Municipal. Mas, isso deu um *status* ao cargo de secretário municipal e muita gente começou a deixar o preconceito de lado e passou a assumir essa função. Aí, o Conselho de Secretários Municipais passou a ter uma grande força. E a ideia de que os municípios podem se responsabilizar pela saúde passou a ser uma coisa importante. Outra ideia, que eu fiz muita questão de enfatizar, foi medir a saúde através da mortalidade infantil. Em vez de ficar controlando quantas horas o médico trabalhava, passamos a medir resultados do trabalho, aí os municípios passaram a ser avaliados por mortalidade infantil. A partir daí os prefeitos e também o governador do Estado aprenderam a falar em mortalidade infantil. O assunto passou a ser um tema político. Esse foi realmente um grande avanço!

Você deixou a Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu para candidatar-se, novamente, a prefeito de sua cidade natal. Qual a relação desse cargo com suas atividades nos 15 anos anteriores? Seria uma nova trilha?

Carlile: Não tenho dúvida de que estava na mesma trilha. Quando fui secretário de saúde de Iguatu, de 1989 a 1991, continuei morando em Jucás, cidade vizinha. Mas, vivia viajando pelo estado, como presidente do COSEMS/CE. Em janeiro de 1992, saí desses cargos para me dedicar à nova campanha para prefeito em Jucás. Assumi

em 1993 a prefeitura e, em seguida, candidatei-me e fui eleito presidente de uma entidade de prestígio no Estado, que congrega os prefeitos dos municípios do Ceará, a Aprece¹⁵. Minha atuação no COSEMS/CE foi um fator importante para essa eleição, pois conheci muitos prefeitos e candidatos em todo o Estado. Essa posição me permitiu continuar apoiando o colegiado dos secretários municipais de saúde, mas também de várias outras áreas (educação, agricultura, desenvolvimento econômico e geração de emprego). Acho que tudo isso tem a ver com saúde pública no meu Estado, da qual não me afastei em nenhum momento.

E como foi sua experiência de prefeito de Jucás?

Carlile: Ah! Foi uma das coisas mais prazerosas da minha vida! Eu fui candidato uma vez e perdi a eleição. Na época, visitei 90% das casas do município, conversei com cada pessoa sobre as dificuldades, como era a produção deles, a agricultura, a educação, se os meninos estavam na escola, e se não estavam, qual era o motivo. Fiz o mesmo na nova eleição. Cheguei à Prefeitura com mil ideias! A vantagem de ser prefeito é poder desenvolver as ideias. Eu procurei a Câmara Municipal, apresentei minhas propostas e consegui estabelecer uma boa relação durante o mandato. No primeiro ano a grande dificuldade foi com a seca. Mais uma grande seca no Ceará! Mas foi possível, com recursos próprios da prefeitura, garantir o emprego de mil agricultores... [Pausa prolongada; a evidente emoção de Carlile revelava a irrecorrível lembrança de quando o prefeito de Jucás era o pai dele, e só podia dar uma cuia de farinha com rapadura para as vítimas famintas da seca]. Mas, o meu grande trabalho foi na educação. Eu não conseguia aceitar que as pessoas não fossem para a escola. Eu mesmo concluí o 5º ano primário com 11 meninos. E naquela época deviam ocorrer uns quinhentos nas-

cimentos por ano em Jucás. Mas apenas 11 conseguiam concluir o 5º ano primário! Isso sempre me incomodou. Foi o motivo que me levou à criação do Ginásio e do Colégio¹⁶, bem antes de ser prefeito. Então, na minha gestão de prefeito, escolhi a educação primária como o grande investimento.

Seria uma intenção, para além da saúde, promover o desenvolvimento por meio da educação?

Carlile: Exatamente! Eu lembro que alguns pais diziam para mim: “doutor, esse menino não dá pra escola não... ele já experimentou passar um ano, dois anos, e não aprendeu nada”. Mas, realmente, era a escola que não existia: a professora não sabia quase nada, não tinha equipamentos mínimos: não tinha lápis, não tinha caderno, não tinha livros. A escola não existia mesmo, de verdade! Então, começamos a reverter isso. Primeiro, procuramos torná-las local agradável, bonito e festivo. Coisas simples, que atraíssem as pessoas para a escola. Durante a campanha para o segundo mandato de Tasso Jereissati, em 1994, o governador nos visitou e constatou uma frase que eu tinha colocado na frente da Prefeitura: “99% das crianças na escola”. Ele achou inacreditável e perguntou como tínhamos feito e com que recursos. De fato, começamos devagar: eu pagava um salário mínimo para o professor que trabalhava oito horas. Os nossos recursos eram muito precários. No Brasil, existe algo muito perverso, os serviços são municipalizados, mas os municípios pobres ficam com recursos parcos para fazer as coisas. Por exemplo, a municipalização da educação: o município deve gastar 25% na educação; em Jucás, isso significava, em 1993, sete reais por criança na escola por mês. Uma das minhas campanhas na Associação dos Municípios foi aumentar os recursos para educação para os municípios pobres. O governador ficou animado e topou fazer uma experiência em seis

municípios. O Governo do Estado complementaria os recursos dos municípios para educação de modo que cada município dispusesse de 15 reais por mês por criança. Deu para dobrar o salário da professora, investir na formação do quadro de professores – definimos como norma que quem melhorasse a escolaridade teria o salário melhorado. O Estado assumiu essa proposta através do plano de cargos dos professores. Essa experiência mostrou que era possível escolarizar todo o Ceará. Então, o governador levou a proposta para Brasília, que veio a ser o Fundef¹⁷.

Além da educação, que outras realizações de sua gestão você ressaltaria?

Carlile: Como prefeito de Jucás, eu coloquei um médico e um enfermeiro em cada distrito. Outra coisa muito interessante foi modificar o sistema de compra do leite que era distribuído para a população necessitada. Antes, o leite comprado era o industrializado. Então, passamos a comprar nos sítios; e o agente de saúde era autorizado a comprar. Isso foi uma importante contribuição para os pequenos produtores, se assim se pode chamar alguém que é dono apenas de uma vaquinha. Acho que a nossa gestão avançou um pouco na saúde e na educação, assim como todo o Estado do Ceará. Hoje, o Ceará conseguiu, realmente, levar toda menina para escola. É claro que a escola ainda precisa melhorar a qualidade do ensino, mas, é fato que hoje uma grande parte dos professores já passou pela universidade. E na saúde a situação hoje é também muito diferente... E para melhor. Todavia, a terceira perna que eu costumo pensar que sustenta o desenvolvimento é a produção e a renda. Esse ainda é o nosso ponto fraco. Eu acho que isso só vem depois da educação. Hoje, nós temos em Jucás mil jovens na escola de segundo grau. As pessoas estão terminando o segundo grau e

nós precisamos descobrir formas de geração de renda. Esse é um desafio importante. Conseguimos alguns resultados, por exemplo, transformar o agricultor que planta só na época da chuva em um agricultor que faça a irrigação e que plante coisas variadas que lhe deem mais lucros. Hoje temos uma produção um pouco maior no município. Tentamos organizar uma cooperativa de fabricação de roupas, mas não deu certo. Implantamos um Centro Vocacional Tecnológico, mas também não conseguimos o desempenho desejado. Criar empresas no sertão é um desafio. Foi esse o ponto em que eu não consegui muitos resultados de imediato.

Voltando ao tema das políticas de saúde, você falou sobre duas dimensões pioneiras do sistema de saúde do Ceará, que foram postuladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagradas na nova Constituição: a unificação organizacional e a descentralização. E quanto ao controle social, quais foram os avanços precoces no sistema de saúde do Ceará?

Carlile: Na descentralização dos serviços de saúde para os municípios, em especial para os pequenos municípios, foi essencial a participação dos trabalhadores da agricultura. Embora falassem pouco, sabiam o que era importante para. Então, a presença deles no Conselho Estadual de Saúde foi muito relevante nesse processo de descentralização e distribuição dos recursos para os pequenos municípios. O Conselho Estadual de Saúde foi muito importante para o fortalecimento do SUS no Ceará, em especial no momento das críticas iniciais ao SUS sobre a relação do sistema público com o sistema privado, com os hospitais filantrópicos. Nos momentos de crise, quando os recursos eram redistribuídos e diminuíram para alguns setores, o Conselho foi uma garantia para a continuidade do SUS. Nos municípios onde os prefeitos estimularam a participação

popular, os conselhos municipais de saúde foram muito importantes na defesa e garantia da descentralização, do atendimento básico à área rural, das emergências. Eles foram fundamentais quando havia o impasse entre o sistema público de saúde que estava sendo criado - com atendimento descentralizado - e os interessados na defesa do sistema antigo.

Que outras iniciativas na saúde pública do Ceará foram marcantes na sua avaliação?

Carlile: O programa dos agentes de saúde foi uma grande experiência. Eles não faziam parte, formalmente, do sistema de saúde, mas viviam no meio do povo e conheciam muito bem o sistema de saúde. Funcionavam como um canal de comunicação, diziam para o sistema de saúde o que o povo estava sentindo e reclamando. Outra coisa muito valiosa foi adotar a avaliação da mortalidade infantil como uma ideia que ia além do setor saúde. Isso fez com que outros setores, como água, esgoto e alimentação, fossem envolvidos. Como se tinha o parâmetro para avaliar a mortalidade infantil, a imprensa acompanhava quais as cidades estavam mais atrasadas ou mais adiantadas. Essa ideia de comparação entre os municípios tendo a mortalidade infantil como parâmetro foi muito importante. Logo que se montou esse sistema de avaliação, ele se tornou público e os municípios se comparavam. Como a população ficava informada, ela podia cobrar dos dirigentes públicos para que trabalhassem mais. Em 1993 e 1994, a mortalidade voltou a crescer em decorrência do período de seca. Essa situação fez com que o Estado precisasse investir largamente em saneamento. O fato é que se tornou socialmente visível a forte relação entre a falta de saneamento e a mortalidade infantil.

Você está ressaltando a mortalidade infantil como tema que se tornou referência para sociedade, para os conselhos e para os gestores? O que contribui para esse processo?

Carlile: O ponto inicial foi ter dados dessa mortalidade. Antes não sabíamos quantas crianças nasciam ou morriam. Em 1987, pedimos apoio do UNICEF¹⁸ e eles estiveram conosco vários anos. Naquele ano, a avaliação foi feita por amostragem. Foram os primeiros dados que nós tivemos. Depois, começamos a fazer isso através do trabalho do agente de saúde, identificando as gestantes e as crianças que nasciam e morriam. Esse trabalho nos permitiu fornecer ao governador, mês a mês, a mortalidade infantil de cada município do Estado. Foi a primeira vez que tivemos um trabalho como esse no Ceará. O indicador de mortalidade infantil é um dado que permite fazer uma avaliação global de saúde, ele não traduz apenas a situação dos serviços de saúde; traduz também os serviços de abastecimento de água, as condições de saneamento e outros fatores. Em 2002, numa discussão entre o Governo do Estado e o Banco Mundial, foi adotado como um dos parâmetros principais para indicar onde o governo deveria investir na área de saneamento. Ainda hoje¹⁹, a mortalidade infantil é o dado principal de avaliação do sistema de saúde do Ceará. Esse enfoque de avaliação, com base nesses dados coletados sistematicamente, foi objeto de uma dissertação de mestrado²⁰ e de um livro publicado por Anamaria Cavalcante²¹, que fazia parte do grupo de saúde desde o início.

A proposta dos agentes de saúde no Ceará foi avaliada? Quais os principais resultados?

Carlile: Em 1990, o UNICEF fez uma avaliação entre os municípios que tinham agente de saúde e os que não tinham. Essa avaliação foi publicada²² e ajudou a desencadear toda uma onda favorável

que aconteceu no Brasil em relação aos agentes de saúde, inclusive o prêmio que o UNICEF deu para o Estado do Ceará²³. Depois, foi publicado o livro da Judith Tendler²⁴, que conta a história do programa dos agentes e faz uma avaliação positiva como um programa de governo. A autora analisa a estratégia de extensão de cobertura na área de saúde, além de outros projetos do governo estadual (Gestão 1987-1990). Correlaciona a contratação de agentes de saúde, com recursos do programa de emergência contra a seca, em 1987, com o aumento da cobertura de vacinação contra o sarampo e a poliomielite, bem como a redução da mortalidade no primeiro ano de vida, que passou de 102 para 65 por mil naquele período de gestão. Essa avaliação de um sucesso de “governo nos trópicos” também ajudou a decisão do UNICEF de premiar o Estado do Ceará²⁵, que foi o primeiro governo latino-americano a receber o Prêmio Maurice Pate para programas de assistência à infância. O livro da Tati²⁶ apresenta também uma avaliação dos agentes de saúde; e considera que essa experiência foi base para implantação do PACS²⁷. Há outras avaliações mais específicas. Lembro que no município de Beberibe os agentes de saúde foram treinados para identificar hipertensos e diabéticos. E então se verificou que diminuíram as internações por acidentes vasculares cerebrais. Claro que não foi só o agente de saúde, foi todo o trabalho da equipe de saúde da família. Mas, o ponto essencial foi o agente.

Quais foram os pontos-chave para a redução da mortalidade infantil?

Carlile: A primeira coisa foi a imunização; acabar com as doenças que poderiam ser prevenidas com a vacina. Em seguida, a luta contra a diarreia, usando o soro, não só o padronizado, mas também o soro caseiro. Em terceiro lugar, o encaminhamento das crianças para

acompanhamento de seu desenvolvimento nos centros de saúde. Em quarto, enfrentar o problema da desnutrição, em especial no ano de 1994, ano de ressaca da seca de 1993; aqui, o ponto fundamental foi o convencimento das mães para adotar o aleitamento materno. Em todos esses casos, a atuação dos agentes de saúde foi essencial. Mas, vimos que muita coisa estava fora do alcance dos agentes e do próprio setor saúde. Nos primeiros meses de 1994, até que chegassem as primeiras colheitas de milho e feijão, a mortalidade foi alta demais, porque as crianças estavam desnutridas e, quando as primeiras chuvas chegam, levam para os reservatórios dejetos que contaminam o solo, provocando muita diarreia. Então, reduzir a desnutrição das crianças foi uma coisa muito importante. Não foram somente os serviços de saúde que tiveram influência na redução da mortalidade. Teve o leite, a previdência rural, o plano real e o barateamento dos alimentos. Todos esses fatores fizeram com que as famílias tivessem mais alimento. Ah, e água! O Estado investiu muito em água. Os grandes investimentos do Ceará nessa época foram água e escola! Felizmente, as crianças já não morrem tanto por causa de pneumonia e diarreia no Ceará. Por outro lado, ao refinar a nossa capacidade de diagnóstico, passamos a perceber e valorizar outros fatores associados às mortes das crianças, principalmente a mortalidade neonatal. Um ponto importante é a mortalidade materna. Então, passamos a concentrar esforços no acompanhamento à gestação e na assistência ao parto.

Achados e ganhos

Quando Secretário de Estado da Saúde, você promoveu a contratação massiva de agentes de saúde, iniciativa marcante na experiência brasileira no campo da atenção primária de saúde. Depois, como prefeito de Jucás, implantou um projeto educacional que se tornou referência para os demais governos municipais cearenses. São realizações que influenciaram as políticas públicas no seu Estado e quiçá no país. Esses achados e ganhos o envaidecem?

Carlile: Claro que sim. Contudo, é importante dizer que o mérito foi de todos, de muita gente que participou de tudo. Outra coisa, o Governo do Estado não bancou sozinho esses dois programas no Ceará. No caso da educação, ele apoiou financeiramente a experiência apenas para seis municípios, mostrando que a proposta era viável, o que certamente ajudou o pessoal do Ministério da Educação a decidir pela sua expansão. No caso dos agentes de saúde, foi uma experiência muito bonita, quando utilizamos recursos federais para contratar mulheres como agentes de saúde, em vez de pagar agricultores para labutar em frentes de trabalho contra a seca daquele ano, em obras de utilidade muito transitória pelo sertão afora. Nesse caso, foi o finca-pé do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que hoje está implantado em todo o Ceará, e que, de fato, serviu

de referência para expansão, pelo Ministério da Saúde, como um grande programa nacional de saúde pública.

Como você se sentiu quando o UNICEF concedeu o Prêmio Maurice Pate a um programa no qual você foi um dos protagonistas? Como essa homenagem repercutiu em sua vida?

Carlile: Também me dá orgulho. Mas, interpreto que o UNICEF não premiou o governo. A homenagem foi ao povo do Ceará. O esforço não foi apenas dos agentes de saúde e da secretaria de saúde, foi da sociedade, das mães que foram aos centros de saúde vacinar as crianças e procurar o pré-natal. Foi, realmente, um grande esforço coletivo. Uma das coisas que sempre me preocupou muito foi que isso não ficasse caracterizado como um trabalho de uma ou outra pessoa. Era necessário que todos se envolvessem e assumissem o trabalho. Judith, no livro que já referi, inclusive, chama a atenção para o fato das coisas continuarem a caminhar, mesmo tendo havido três secretários de saúde em um só governo. Imaginem o quanto foi gratificante para mim! Saber que podíamos construir algo importante no nosso Estado e, em especial, termos realizado todo aquele trabalho sem a dependência de recursos estrangeiros, o que Judith também chama a atenção em seu livro.

Conte um pouco sobre sua militância política e partidária.

Carlile: Quando eu retornei para minha terra logo depois de formado, a ditadura havia extinguido os partidos políticos no Brasil¹, impondo a ARENA e o MDB; e eu fui um dos fundadores do MDB em Jucás. Eu não almejava ter cargos políticos, mas participação política nunca deixei de ter. Quando estive em Brasília, sempre acompanhei com muito interesse o que estava acontecendo no meu Estado. Quando voltei para o Ceará, em 1978, não vi razão para me engajar partidariamente. Mas quando houve eleição direta de governador e

começou a campanha das Diretas Já para presidente, eu vi a chance para retomar a militância política. Até quando fui secretário de saúde de Iguatu, eu era filiado ao PMDB. Naquela época foi criado o PSDB. E aqui no Ceará, quem era do grupo liderado pelo Tasso Jereissati passou para o PSDB, e eu, naturalmente, acompanhei.

Sua adesão ao PSDB teria sido influenciada pelo desejo de consolidar a proposta do agente de saúde no Estado?

Carlile: Não só o agente, mas todo o sistema de saúde que tínhamos iniciado a implantar. E também porque eu fazia parte de um grupo que tinha ajudado na campanha de Tasso, participado do governo, não poderia ser diferente. Eu fui um dos que torci para que o nosso grupo aderisse ao PSDB, achava que esse novo partido era mais coerente e mais relacionado com o projeto que tínhamos para a saúde pública do Ceará. E tenho a convicção que nosso grupo da saúde deu um toque importante para o PSDB no Estado, ao reforçar seu lado social. O grupo inicial do Tasso era um grupo muito empresarial, via o governo como um instrumento para modernização da economia do Estado. Nós demos um peso social para o grupo. Sem maiores ligações anteriores, o grupo conheceu Tasso muito próximo das eleições. Mas ele reconheceu que na linha de modernização governamental que ele queria, o grupo representava um apoio importante. E fizemos uma aliança valiosa e duradoura. Para mim, o ponto marcante de início desse processo foi em 1987, quando 6.000 agentes de saúde foram contratados com verba do programa de emergência contra a seca.

Como integrante do PSDB, qual a justificativa para sua participação numa administração do Partido Progressista (PP), em 2001-2002, como Secretário Municipal de Saúde de Caucaia?

Carlile: O prefeito queria fazer uma administração nova e certamente procurou pessoas que pudessem levar algum aporte. Nessa época, eu era presidente do Diretório Estadual do PSDB; e o partido apoiou a eleição daquele candidato. Eu assumi o cargo nesse contexto. O fato é que em Caucaia fizemos um trabalho intensivo em favor do PSF. Em poucos meses, ampliamos o número de equipes de saúde da família de seis para quarenta e construímos uma rede de centros de saúde como retaguarda dessas equipes. Para mim, esse foi o saldo que contou. O desgaste é que as pessoas pensam que não se pode fazer um trabalho para todos, se você pertence a um determinado partido político. Mas, em compensação, reconheço que não teria sucesso se não tivesse vinculação partidária.

Que influências doutrinárias influenciaram seu entendimento sobre saúde e doença na sociedade? Como foi esse aprendizado ao longo de sua vida?

Carlile: Primeiro, valeu a minha formação cristã de menino do interior [pausa] e o convívio com meu pai em Jucás. Ele realizava atendimentos na farmácia e em domicílios, inclusive fazia partos. Sua vida sempre foi um exemplo para mim. Na faculdade, a influência de dois professores foi importante: Raimundo Vieira Cunha² e Joaquim Eduardo de Alencar³. Em Brasília, houve a convivência com os colegas do trabalho, cada um me impressionando de um jeito. As experiências internacionais que conheci, de ouvir falar, de leituras ou em visitas a alguns países, mostravam que mesmo com toda pobreza era possível estender a saúde para todas as pessoas. Não precisa esperar o enriquecimento de um país para que o direito à saúde seja atendido. O caso de Cuba é muito ilustrativo. Do ponto de vista da educação, as duas grandes figuras para mim são: Lauro de Oliveira Lima, que, trabalhando com as ideias de Piaget, ressalta

que as pessoas trabalham em grupo e aprendem na construção; isto é, cada um constrói a sua inteligência, o seu aprendizado; e Paulo Freire, que diz que todos são capazes de romper a submissão se acreditarem que podem aprender e atuar no mundo. Essas pessoas talvez tenham sido as mais importantes para cristalizar a minha fé no aprendizado.

Como você avalia o interesse do aluno de graduação pelos problemas de saúde pública, a partir de sua experiência na academia e no serviço?

Carlile: Essas duas instituições, academia e serviços de saúde, têm grandes contribuições a dar para a sociedade, em especial se andarem juntas. Quanto a sua pergunta, eu acho que para despertar esse interesse nos estudantes, o professor é essencial. Se o professor se forma apenas nos mestrados e doutorados, essa formação pode levar a isso que estamos vendo: professores pós-graduados com muitas publicações, mas longe das necessidades da graduação e dos serviços de saúde. Eu acho que a academia deve passar por um processo de mudança. Os professores precisam ter ligação com o mundo e com o local. O professor Martins Filho⁴ dizia “o universal pelo regional”. Ou seja, a preocupação que as pessoas tivessem uma formação universal, mas que se ligassem aos problemas da terra. É fácil? Não. Temos muito que aprender. Não estou dizendo que a academia deve resolver as necessidades do serviço; quero dizer que é necessário reunir a universidade e a população. Apenas a democratização da sociedade tornará possível que ela mostre à academia os temas candentes para serem estudados.

Como você avalia a contribuição do Ceará para a saúde pública brasileira, nos primeiros anos da Nova República, especialmente

com respeito aos temas de descentralização, de planejamento, de gestão participativa e de formação de recursos humanos?

Carlile: É muito importante escrever sobre as nossas experiências; é uma das maiores necessidades do Ceará. O livro de Judith Tendler fala dos agentes de saúde, mas tem pouca divulgação no meio nacional, tem mais divulgação no exterior. Também citei as publicações de Anamaria⁵ e Tati⁶, que documentaram as experiências do Ceará a partir daquele momento, com ênfase na saúde infantil. Ainda falta documentar e divulgar análises sobre os diversos aspectos citados na pergunta⁷. Nossa Escola de Saúde Pública tem atuado nesse sentido, através de trabalhos de alunos e docentes, mas, penso que devemos investir mais nessa área, inclusive para contribuir com experiências em outros estados.

Fale sobre o papel de Miria em sua trajetória profissional.

Carlile: Miria é a minha mulher, é a minha companheira de paixões, de vida e de trabalho. Tudo isso foi essencial para o meu trabalho. Essa parceria aparece de forma mais organizada no trabalho com os agentes de saúde. O agente de saúde que eu idealizo se diferencia de outros profissionais pela sua formação social. E isso se deve a Miria. O objetivo do trabalho dos agentes tradicionais de saúde é traçado só na perspectiva médica: convencer as mães a vacinar os filhos, ir para o pré-natal, usar o soro caseiro etc. Tudo isso é objetivo médico. Não está errado, mas, como fazer essas atividades de forma diferente? Com objetivos mais amplos? Foi Miria que planejou, discutiu e aprimorou nas nossas experiências. O que caracteriza o agente de saúde é a forma como ele trabalha, e essa forma foi pensada por Miria e pelo grupo de serviço social lá do Projeto Planaltina⁸. O modelo veio de lá... O agente de saúde se caracterizava pela solidariedade, pela ligação com as famílias, pela forma de

trabalhar. Todo o trabalho que eu fiz foi com parceria de Miria. Por exemplo, quando em Jucás decidimos colocar todas as crianças na escola, as formas usadas para atrair a garotada foram ideias delas; foi ela quem foi conversar com as famílias, com a comunidade. Eu trabalho mais com a definição dos objetivos, com a avaliação dos resultados, e ela ajuda; mas ela sabe muito mais do que eu como fazer. É como se nós fôssemos complementares um para o outro.

O agente de saúde é uma constante em suas respostas. Fale dessa referência recorrente no rol de achados e ganhos em sua vida.

Carlile: O agente de saúde é o que ficou de mais efetivo, de mais duradouro, tanto na experiência local, em Jucás e na região de Iguatu, como em todo o Ceará; e também a repercussão nacional, pois hoje esse agente é uma figura presente nas equipes de saúde da família em todos os estados. É uma síntese do meu pensamento e ocupou grande parte do meu tempo na vida. Foi um grande achado e talvez o melhor dos ganhos.

O agente de saúde

Miria, fale sobre o começo do agente de saúde no Ceará.

Miria: Desde que Carlile saiu do Ceará, a ideia dele sempre foi voltar. Eu costumava dizer que ele podia correr o mundo, mas o umbigo dele estava em Jucás. Ele adora aquela terra, faz parte dele. Então voltamos de Brasília para trabalhar em Iguatu e morar em Jucás. Quando chegamos a Jucás, encontramos uma situação muito precária. Não tinha centro de saúde, não tinha médico. Situação difícil mesmo! Então resolvemos usar nossa experiência de Planaltina em Jucás. Fizemos uma proposta para Fundação do Bem-Estar do Menor do Ceará (FEBEM-CE), para que o monitor deles fosse um auxiliar de saúde. No Ceará, nós passamos a chamá-lo de agente de saúde. Essa proposta teve algumas dificuldades antes de ser aprovada. Uma delas era como e por que colocar um monitor de uma Fundação que cuida do bem-estar do menor para ser agente de saúde. Foi aí que propusemos como objetivo para o trabalho desse monitor, cuidar para que a criança nascesse bem. Dessa forma o nosso projeto foi aprovado. E assim, iniciamos o projeto de agentes de saúde em Jucás, com monitores da FEBEM-CE. Uma das dificuldades em Jucás era que não tínhamos a companhia dos brilhantes colegas e equipes, como em Planaltina¹. O jeito foi nos adaptar às dificuldades,

envolvendo os jovens nesse trabalho. A participação da juventude de Jucás foi fundamental.

Como essa experiência se expandiu para outros municípios?

Miria: Logo depois de Jucás, a gente expandiu para a Região de Saúde de Iguatu. Nessa época, existia na Secretaria de Saúde do Estado o orientador de saúde e saneamento e a visitadora sanitária, que trabalhava com tuberculose e hanseníase. Então, nós tentamos fazer com que esse orientador e essa visitadora tivessem o papel de agente de saúde na Região de Iguatu. Nós incluímos no treinamento deles os objetivos do trabalho de agente de saúde de Planaltina. Era uma época de seca. Eu lembro que disse: “ou a gente faz alguma coisa ou eu quero ir embora!”. Era um sofrimento você chegar às casas e ver que as pessoas não tinham nada para comer... E nenhuma perspectiva. Daí a gente começou outro projeto, que era a creche.

Qual o propósito das creches numa realidade em que não existia trabalho? Se as mães não tinham que sair para trabalhar, elas não teriam tempo para cuidar das crianças?

Miria: É que o objetivo principal das creches era dar comida para as crianças, para que elas pudessem sobreviver à seca. Na cidade, nós conseguimos o material, juntamos os pais e eles construíram as creches. Também conseguimos algum recurso para fazer essas creches funcionarem em cada localidade da zona rural. Eram casas de taipa e chão batido que uma pessoa da comunidade arranjava. E as famílias se juntavam para ajudar: os homens colocavam água e lenha; e as mães faziam a comida. Ninguém contribuía nem ganhava dinheiro para nada. Nós reuníamos as famílias e discutíamos o calendário e distribuição das mães por dia da semana. No dia que uma das mães ia para a creche fazer comida para todas as crianças,

levava comida para a família dela. Mas era bem acertado que a comida era para a família “só” naquele dia. Tinha uma quantidade determinada para cada pessoa. Havia a necessidade de racionar para não prejudicar o coletivo.

E você, Carlile, o que diz sobre a proposta do agente de saúde que vocês implantaram inicialmente em Jucás e, a seguir, na Região de Iguatu?

Carlile: Muita gente pensa que esse modelo de agente de saúde veio de fora. Muitos dizem: Ah! Carlile trouxe essa ideia da China²; outros dizem que foi de Cuba³. É verdade que, na época do Projeto Planaltina, eu visitei programas semelhantes em cinco países - Venezuela, Peru, Colômbia, Panamá e México⁴. Conhecíamos as experiências e o sucesso da China e de Cuba. Mas os nossos agentes de saúde nasceram das nossas necessidades e das nossas possibilidades. A forma de treinamento que adotamos teve muito de Lauro Oliveira Lima e Paulo Freire. E, principalmente, do conhecimento e da experiência que adquirimos em Planaltina. Fizemos adaptações para Jucás, para Iguatu e para outros lugares. Mas a coisa local foi muito forte. Foram as nossas experiências, nos diferentes locais e com as várias equipes de trabalho, que definiram o programa de agentes de saúde do Ceará.

Por que você destaca a experiência de Planaltina?

Carlile: A experiência veio conosco de Planaltina, onde o auxiliar da saúde era uma pessoa da comunidade. Lá, nós treinamos essas pessoas durante seis meses. E antes da capacitação técnica em saúde, elas participavam do trabalho no Centro de Desenvolvimento Social, discutindo como atuar na comunidade, como entrar na casa das pessoas, como abordar determinados temas⁵. Discutíamos que

para ganhar a confiança da família, era necessário ser parte da comunidade, conhecer a forma como as pessoas vivem. Tinha que ser como uma vizinha ou um vizinho que chegava naquela casa e ajudava. Esta era uma das principais características dessa experiência de Planaltina, que foi a base do que fizemos aqui no Ceará, apenas adaptando às condições próprias de cada lugar. Claro que houve muita mudança nesse trajeto. O agente mais parecido com o auxiliar de saúde de Planaltina foi o de Jucás. Também em vários outros lugares, os primeiros agentes ainda foram treinados com muita preocupação com o aspecto social. E isso foi de tal forma marcante que até hoje eu vejo como as coisas perduram. Aquela relação estabelecida na capacitação do agente de saúde para fazer o trabalho comunitário continuou, mesmo depois que se passou a não dar um tempo suficiente durante os treinamentos. Muitos agentes de saúde novos entravam e o seu treinamento passou a se dar através do acompanhamento de outro agente.

Em que momento a proposta do agente de saúde se firmou como um projeto além de Jucás e Iguatu?

Carlile: Em 1987, fizemos a contratação, com os recursos da emergência contra a seca, de seis mil agentes de saúde para atuar em muitas regiões do Estado. Em 1988, com o fim do programa da emergência, o programa dos agentes de saúde seria desativado. Mas o impacto do trabalho foi tão significativo que houve uma pressão para que eles continuassem a trabalhar. Daí o Estado passou a contratar com recursos próprios. Só que não recontratou de uma só vez, mas conforme o envolvimento dos municípios. E o programa foi se ampliando progressivamente para todo o Estado. A coisa importante foi tornar esse processo de domínio público, disseminar as ideias do programa de forma intensiva. A seleção era pública, utilizávamos

o rádio e outros meios locais para informar a população: para qual comunidade seriam abertas vagas; o que era o agente de saúde; qual seria o seu papel. A divulgação dessas informações era a base para o controle social.

Miria: Quando nós expandimos esse trabalho com os agentes de Jucás para outros municípios da região de Iguatu, aproveitamos os orientadores de saúde e saneamento que recebiam orientações sobre como atuar como agentes de saúde. Depois, técnicos de outras regionais nos visitaram para conhecer o trabalho, mas o projeto não chegou a ser ampliado além de Iguatu naquele momento. Contudo, quando foi iniciada a campanha para eleição de Tasso Jereissati para governador, e o comitê da campanha estava querendo propostas que chegassem aos municípios, Adriana Forti⁶ falou que conhecia um casal que fazia um trabalho de saúde e educação com a população no interior. O candidato se interessou pela experiência de Jucás e assegurou que a estenderia para todo o Estado.

Normalmente, entre a promessa de campanha e a ação de governo tem uma distância muito grande. Como aconteceu?

Miria: Quando o novo governador assumiu, em 1987, foi o ano de mais uma grande seca no Estado. Na seca tinha as frentes de trabalho, que sempre funcionavam mais ou menos assim: o governo federal mandava dinheiro para o governo estadual contratar agricultores que tinham perdido a lavoura, além de outras pessoas necessitadas. A avaliação geral era que esse trabalho não produzia nada... era mais para justificar o pagamento nas frentes de trabalho... não havia um resultado importante para que aquelas pessoas se sentissem úteis. Embora entre as vítimas da seca existissem muitas mulheres arrimos de família, o trabalho era só para os homens. Foi quando Carlile, numa reunião do governador com os secretários

para tratar das frentes de trabalho contra a seca, deu a ideia de contratar as mulheres para serem agentes de saúde e serem pagas com o dinheiro da seca. Uma ideia muito interessante por vários motivos: possibilitava a contratação de agentes de saúde para quase todo o Estado, embora a Secretaria de Saúde não tivesse esse dinheiro, pois o governo estava com graves problemas financeiros quando Tasso Jereissati assumiu, inclusive devendo três meses de salário aos funcionários; e valorizava o recurso gasto nas frentes de trabalho, dando oportunidade para mulheres que viviam sozinhas com seus filhos.

Poder-se-ia dizer, então, que a crise da seca foi aproveitada como oportunidade para a expansão do agente de saúde no Ceará?

Miria: Exatamente, a situação de seca exigia urgência. Então, aprovada a ideia, enquanto Carlile negociava o uso do dinheiro das frentes de trabalho da seca, eu atuava no grupo de trabalho montado para a expansão do projeto do agente de saúde⁷. O passo inicial foi identificar os municípios que estavam sofrendo mais com a seca. Foi uma verdadeira loucura, pois tivemos que capacitar de forma urgente um grande quantitativo de mulheres, mais de seis mil em poucos meses. Queríamos preservar os propósitos do projeto do agente de saúde, mas tínhamos que agir rápido. As trabalhadoras precisavam ganhar para comer!

Como foi selecionar e treinar essas “agentes de saúde da seca”?

Miria: Tinha um grupo em cada município que selecionava as mulheres, formado por representações da prefeitura, do sindicato dos trabalhadores rurais, da Igreja e do Estado. Um desafio era que a maioria das mulheres selecionadas era semianalfabeta, e algumas analfabetas. Então, o que discutíamos com elas nos treinamentos?

Encontrar todas as gestantes e encaminhar para o acompanhamento do pré-natal; levar as crianças para vacinar; usar o soro se a criança tivesse com diarreia; alguns cuidados básicos com a higiene da criança e da casa; e recomendar a amamentação natural. Os treinadores eram técnicos de saúde dos municípios. É importante reconhecer o desempenho do grupo-tarefa central, que coordenou todo esse trabalho, e treinou um grande número de enfermeiras para treinar as mulheres. Mas é bom lembrar o sentimento que se passava em todo o Ceará, o comprometimento de todos com a ideia de mudança, de renovação da confiança na administração estadual.

O programa do agente de saúde do Ceará nasceu de uma experiência no pequeno município de Jucás; virou item de campanha eleitoral; expandiu-se para todo o Ceará, com a proposta do secretário de saúde, aprovada pelo governador, de mudar a solução historicamente fracassada das frentes de trabalho contra a seca. Como as agentes de saúde da seca se tornaram os agentes de saúde permanentes?

Miria: Todo mundo ficou preocupado, pois ninguém queria que acabasse um programa que vinha obtendo bons resultados. Então fizemos uma grande reunião com profissionais representantes de todos os municípios. Houve depoimentos de médicos que diziam que, mesmo com toda a seca, foi um período que os hospitais menos receberam crianças com diarreia. E eles creditavam isso ao trabalho dos agentes. Embora o programa tenha sido desenvolvido no curto prazo de um ano, gerou uma ampla base social de apoio que foi essencial para sua continuidade. Naquela reunião foi eleito um grupo que elaborou um relatório com propostas para garantir a continuidade do projeto. O governador não participou, mas enviou uma representação da Secretaria de Governo. Foi uma

reunião emocionante e nela foi confirmada, com verba do Estado, a continuidade do programa de agente de saúde. Logo depois, o próprio governador autorizou a contratação, mediante a indicação de necessidades de agentes de saúde em cada município e conforme a adesão dos governos municipais. Aí começou o que você chamou de fase do agente de saúde permanente.

E como foi essa nova fase? Uma história, certamente, com vários capítulos.

Miria: Foi mesmo uma história com vários capítulos. Primeiro, foi estabelecido um critério que era um agente de saúde para 200 famílias na cidade; e no interior, devido às distâncias maiores, um agente para 100 famílias. Para detalhar essa proposta, o grupo de coordenação se deslocou para vários municípios, e lá reuniam os motoristas, o sacristão da igreja, lideranças da comunidade, enfim, pessoas que transitavam pela cidade, que sabiam ou anotavam os batizados ou nascimentos das crianças, que conheciam a comunidade, tanto em relação a seus moradores como no aspecto geográfico. Chamamos, informalmente, essa etapa inicial de plano da distribuição geográfica do agente de saúde, que foi realizado em tempo recorde no estado todo.

E o capítulo seguinte?

Miria: Foi a seleção dos agentes de saúde. Inicialmente, acertamos que a própria comunidade deveria indicar, com base em critérios básicos como: ser morador da comunidade, ter liderança, ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo. Começamos pelo município de Jucás. Acreditem, foi igual a uma eleição de prefeito, um deus nos acuda! Descobrimos que essa forma de fazer a seleção não era viável. E como, então, fazer essa seleção? Esse era realmente o nosso desafio. Foi quando soubemos que na Rocinha, no Rio de

Janeiro, estavam selecionando um tipo de agente de saúde, e enviamos uma equipe para conhecer a experiência. Eles fizeram a seleção através de um concurso, no qual um dos critérios era morar na comunidade. Dessa exigência, nós também não abríamos mão. Agora pergunte: quantas pessoas da própria Rocinha passaram nesse concurso? Nenhuma! Ora, para fazer o concurso, as pessoas de fora arranjaram conta de luz, alugaram barraco, fizeram o concurso e passaram. Vimos, então, que o concurso não era a forma mais adequada, e resolvemos que uma equipe da secretaria estadual faria a seleção em cada um dos municípios. Nesse trabalho, contamos com um grande apoio do Enio⁸, consultor do UNICEF.

Houve interferência política nos processos seletivos?

Miria: Em nenhum momento recebemos ordens ou pedidos do Cambéba⁹ para fazer qualquer alteração no resultado das seleções. E para não dar a oportunidade às ingerências políticas locais, nós fazíamos todo o processo seletivo bem rápido, em apenas um dia. Nós fazíamos as provas, corrigíamos, fazíamos a classificação e divulgávamos os resultados no mesmo dia. Muitas vezes íamos de madrugada entregar o resultado na rádio, pois a população ficava acordada, esperando. O grupo de trabalho que eu estou sempre referindo foi responsável pelo processo, baseado na experiência que a gente teve com as frentes de trabalho. Por exemplo, saber ler e escrever era um critério básico para o agente trabalhar na sede do município. Mas não servia para a zona rural, porque excluiria alguns candidatos dessa área aptos ao projeto.

Como os municípios aderiam ao programa?

Miria: Além do interesse formal em aderir ao projeto estadual, um requisito era disponibilidade de um profissional para supervisionar os agentes de saúde; outro, acatar as normas de seleção, de modo

comum em todos os municípios, ou seja, que a equipe da Secretaria Estadual de Saúde coordenasse a seleção. Na maioria dos municípios as enfermeiras ficaram com essa responsabilidade, mas também contamos com a supervisão de outros profissionais, como o assistente social, o dentista. Repare que essa foi uma das razões para a abertura do mercado de trabalho para as enfermeiras no interior.

E como foi a etapa da capacitação?

Miria: A princípio, nos baseamos no material que usamos em Planaltina, só que adaptado para o nosso universo. Quanto aos monitores, nós treinávamos os supervisores, entregávamos o material e eles treinavam os agentes de saúde. Esse treinamento era muito prático: encontrar todas as gestantes e encaminhar para o acompanhamento do pré-natal; encaminhar as crianças para a vacinação e a puericultura; uso do soro oral, inclusive o soro caseiro; identificação de crianças doentes, para encaminhamento ao centro de saúde; cuidados com a higiene da família. Posteriormente, se conseguiu uma balança portátil para cada agente e lhe foi ensinada a pesagem e anotação no cartão da criança e identificação dos desnutridos.

Todo esse processo deve ter gerado muito aprendizado. Houve algum núcleo da secretaria ou alguma outra entidade que registrou essas experiências, permitindo sua reprodução como uma prática institucional?

Miria: Infelizmente, não. E também não temos registros autorais de nossos trabalhos. Um de meus filhos conta um caso sobre isso: ouviu de um professor em sala de aula que o dito cujo foi o criador do programa do agente de saúde no estado do Ceará. Meu filho ficou possesso, mas não falou nada, não tinha como contestar. Isso ocorre quando não registramos as nossas experiências.

Carlile, você diria que a proposta do agente, institucionalizado nacionalmente, mantém-se como o agente de saúde que vocês projetaram?

Carlile: Veja, expandimos uma metodologia de treinamento de agentes para todo o Nordeste, em 1991, na fase inicial de absorção do agente de saúde no programa nacional; foi a equipe da Secretaria de Saúde do Ceará que ajudou a implantar o programa nos demais estados da região. Esse treinamento reforçava um perfil mais solidário, mais criativo e mais articulador. Esse trabalho teve um impulso inicial muito forte, e até hoje permanece muita coisa que resultou daquele treinamento. Mas, eu diria que é preciso reforçar para não desaparecer.

Judith Tendler¹⁰ se refere a realizações importantes e inovadores do primeiro governo de Tasso Jereissati, destacando a implantação de programas de saúde pública. Qual a sua avaliação a respeito?

Carlile: No setor de saúde, Judith focalizou o Programa do Agente de Saúde, destacando a análise da gestão municipal em parceria com a gestão estadual. Existia uma tese que defendia que esse programa deveria ser administrado por organizações não governamentais. Nós defendíamos que tinha que ser governamental. E ela reconheceu isso, realçando a importância de ser uma responsabilidade do governo. Outro aspecto relevante foi o sistema de avaliação, pois ela mostrava que são poucos os serviços públicos que são avaliados. O nosso era avaliado mensalmente: quantas gestantes estão sendo acompanhadas; quantas crianças têm de 0 a 4 meses e quantas estão mamando no peito da mãe; e quantas estão em bom estado nutricional. Essa avaliação mensal tem um peso muito grande, importante para o agente de saúde. Ele não pode dormir no ponto! Outro item abordado por Judith, em relação ao agente de saúde,

é que ele não tinha estabilidade, embora ninguém fosse demiti-lo por um motivo político ou pessoal. Mas, se ele não trabalhasse, ele seria substituído, pois o segundo colocado para aquela vaga fica de olho, como um fiscal.

Qual a modalidade de vínculo de trabalho desses agentes com o poder público no Ceará?

Carlile: Eles são selecionados e contratados pelo Estado e administrados pelos municípios; o vínculo na carteira de trabalho é via convênio do Estado com as Associações Regionais de Agentes de Saúde, pagando salário e todos os direitos sociais¹¹.

Como você vê a contribuição do Ceará para a implantação do PACS e do PSF, pelo Ministério da Saúde?

Carlile: O Ceará teve um papel muito importante, não só no modelo, mas também em ajudar os demais estados em treinar agentes de saúde. Por exemplo, com a epidemia de cólera, alguns enfermeiros do Ceará que tinham experiência com o agente de saúde foram treinar os agentes de saúde da Região Amazônica. Depois foi a implantação do PACS no Nordeste, quando equipes do Ceará foram a cada estado dessa região e também recebemos equipes de todas as secretarias de saúde, que vinham a Fortaleza e a vários municípios do interior, para ver como eram realizados a seleção e o treinamento. Acho que essa ajuda do Ceará foi essencial para divulgar e disseminar esse programa em todos os estados do país, além de que vários participantes desses treinamentos vieram a assumir funções no Ministério da Saúde. O Ministério, inclusive, adotou inicialmente o sistema de avaliação mensal que nós fizemos para o agente de saúde, que era o SIPACS¹². Depois, evoluiu para o SIABS¹³, que é bem mais complexo e foi adotado ao se implantar o PSF.

Miria, qual a sua avaliação sobre o futuro do agente de saúde?

Miria: A partir de 1998, Carlile e eu começamos a refletir sobre essas questões. Vejam: o agente de saúde foi criado numa realidade que apresentava uma alta mortalidade infantil, baixa cobertura de vacinação, baixo índice de aleitamento materno, muita desnutrição, diarreia e pneumonia. Quando começamos o trabalho com os agentes de saúde, eu fazia questão de ir para os lugares mais difíceis e de não sair da área até ter vacinado todas as crianças. O que eu recebia de palavrão dos meninos mais velhos e das mães, era uma coisa! Já hoje, se faltar vacina em uma unidade, a população vai para a rádio denunciar. Percebem? A atitude da população mudou! O que quero dizer é que um dos papéis do agente de saúde, que era mostrar à população a importância da vacinação, foi superado. Todavia, hoje existem novos problemas, e os agentes não estão preparados para esses desafios. Por isso começamos a refletir sobre uma nova formação para o agente de saúde. Pensamos fazer um curso com base em novos papéis do agente. Em 2002, desenvolvemos com Odorico¹⁴ e a equipe da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Saboia, da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, em parceria com a Universidade Vale do Acaraú, um curso sequencial de dois anos, numa experiência piloto¹⁵. Nós apostamos nessa experiência porque acreditamos que o agente de saúde precisa de uma nova formação. Algumas pessoas dizem: mas já existem milhares de cursos! Sim, é verdade, mas são treinamentos pontuais e fragmentados, não interligam com o objeto de trabalho maior, que é a família e seu contexto.

Carlile, quais as suas impressões a esse respeito?

Carlile: Nós estamos vendo hoje a necessidade de retomar um tempo maior para o treinamento inicial do agente de saúde. Aqui

no Ceará estamos trabalhando para que aqueles fatores iniciais de aproximação com a família, de solidariedade, de saber conversar, sejam reforçados. Algumas das coisas mais importantes no trabalho do agente de saúde, que inclusive chamaram a atenção de Judith Tandler, foram: primeiro, a solidariedade com as famílias; segundo, a criatividade (não seguir receita de bolo). Ela identificou muito bem: os agentes de saúde trabalhavam com objetivos e não com o cumprimento de rotinas. Esta face do agente de saúde foi muito importante e é necessário que seja estimulada. Precisamos reforçar a criatividade no agente de saúde, embora a criatividade e a autonomia não sejam algo comum nos serviços de saúde.

E quanto à escolaridade dos agentes?

Carlile: Quanto à escolaridade, eu acho que o agente de saúde tem que evoluir junto com a população. Ele não pode parar no tempo! Inclusive, é o que vem ocorrendo no Ceará: eles fizeram o primeiro grau, muitos deles estão cursando o segundo grau. E a gente tem estimulado esse caminhar. O que eu vejo no futuro é que eles façam universidade, e passem a ganhar mais. Mas o curso deve ser para agente de saúde. Esse profissional deve crescer junto com a sociedade. No início, a maioria tinha baixa escolaridade, alguns até analfabetos. Ao mesmo tempo em que eles precisam acompanhar o desenvolvimento da sociedade, eles também forçam esse desenvolvimento. Em 1998 a Secretaria de Educação criou cursos de primeiro e de segundo graus, especificamente para os agentes de saúde¹⁶, em retribuição à grande colaboração que eles davam em trazer as crianças para a escola. A repercussão positiva com os agentes de saúde fez com que a iniciativa se estendesse para clientela aberta em todo o Estado. Além disso, conforme foi referido por Miria, há a experiência piloto de um curso sequencial em Sobral¹⁷, no sentido

de que o agente de saúde tenha perfil profissional próprio; para que ele não seja um auxiliar de enfermagem, nem de medicina, nem de odontologia; para que ele seja um profissional com funções próprias a executar.

Sua expectativa é que esse curso seja oferecido para mais agentes, para outros municípios?

Carlile: Há anos que vínhamos tentando esse tipo de experiência e, finalmente, começamos em Sobral, em dezembro de 2002. O que queremos mostrar é que cada ensinamento que o agente adquire, gera resultados. Atualmente, já temos vários municípios querendo o curso, nós é que não temos condições para expandir.

Muita gente discorda do envolvimento do agente de saúde em vários outros setores, ou seja, atuar com programas da área de agricultura, de educação e outras áreas. Qual sua posição em relação a isso?

Carlile: Quando começamos a discutir a ideia de um curso sequencial para o agente de saúde, pensamos, inclusive, em mudar de nome para promotor de saúde. Depois de várias discussões, resolvemos manter o nome, já que ele é um nome que dá ideia do global. O agente não é um profissional da medicina nem da enfermagem, nem da veterinária, mas da saúde. Assim explico melhor: é importante que o agente de saúde ajude ao agricultor preservar a vaca da febre aftosa, para que ele possa continuar tendo a sua vaquinha e dando o leite para as crianças; é importante que a criança não fique fora da escola. Isso é compreender saúde de forma global. Então, por que o agente de saúde não poderia atuar nessas outras áreas? O curso sequencial que estamos desenvolvendo em Sobral tem o propósito de abordar, além das discussões sobre doenças,

problemas sociais como o uso da droga, do álcool, da violência, da degradação do meio ambiente, da falta de lazer, de solidariedade. São temas essenciais para a saúde da população. Estamos também incentivando um trabalho com a Secretaria de Educação, tendo em vista aproximar mais ainda a equipe dos serviços de saúde com a escola. É importante que a equipe de saúde dê maior atenção à escola e que a escola também passe a olhar alguns aspectos do desenvolvimento da criança: a criança está se desenvolvendo bem? Tem apresentado alguns desvios de comportamento? Enfim, são preocupações que levantamos, pois essas coisas não evoluem automaticamente. Se deixar a coisa acontecer espontaneamente, a tendência é o agente de saúde se transformar no tarefeiro da equipe de saúde da família, cumprir tarefas que emanam de ordens como essa: *vá chamar o doente que não veio para tomar o remédio da tuberculose!* A tendência mais natural da equipe de saúde família é *usar* o agente de saúde. Todavia, nós estamos trabalhando no sentido que o agente de saúde seja cada vez mais um agente de saúde, um agente da comunidade, da saúde da família.

Essas ideias parecem atrativas, bonitas. Mas, o agente de saúde atua no ambiente institucional dominado por estruturas corporativas profissionais tradicionais e conservadoras. Você acha que essas relações tenderiam a evoluir?

Carlile: Não sei bem como, mas destaco situações concretas como a da dengue. É um exemplo clássico do que não se resolve dentro do centro de saúde. Quem adoeceu tem que se tratar, mas, todo mundo sabe que o que se tem de fazer é prevenir. Tem que ir até as casas, ver a caixa d'água, o lixo etc. Enfim, tem que considerar a importância do vetor. Ninguém pode desconhecer que se isso não for feito, a doença vai continuar levando pessoas para os hospitais. É fácil isso?

Não. Qual a proposta das Secretarias de Saúde, dos Conselhos de Saúde, do Conselho de Medicina, de Enfermagem? Este é um dentre muitos outros desafios que puxam para um lado desconhecido, que é promoção da saúde. É importante que as faculdades comecem a discutir isso com os estudantes. Tem segurança para que se vá em frente no caminho de mudanças? Não. É um processo instável que vai pender ora mais para um lado, ora mais para o outro...

Do sertão para o outro lado do mar*

- * Este capítulo apresenta entrevistas realizadas em junho de 2016, treze anos após os depoimentos dos capítulos anteriores. A intenção inicial era apresentar a experiência dos sanitaristas de Jucás no contexto nacional. Posteriormente, foi resolvido ampliar o escopo do livro, incluindo os registros da experiência de consultoria em Angola.

Carlile, como teve início seu trabalho como consultor em Angola?

Carlile: Em 2007, a direção provincial de saúde de Luanda decidiu fazer uma experiência com agentes de saúde num bairro daquela capital, que eles chamam de município. Nesse sentido, demandou apoio do UNICEF, que nos convidou para essa consultoria. A ideia era que passássemos três meses lá, mas ficamos um ano. O trabalho foi no município de Cacuaco, a área mais pobre de Luanda, com 600 mil habitantes. Praticamente toda aquela gente foi para Luanda fugindo da guerra no interior do país. Nós chegamos cinco anos depois da guerra. Foi uma experiência fantástica conviver com aquelas pessoas, cada grupo falando uma língua nativa. Mas muitos falavam português, e, no geral, pareciam com a gente pobre aqui do Ceará. Isso reforçava a expectativa de que nossa experiência poderia ser valiosa para eles. Ademais, tivemos uma acolhida muito especial.

A repercussão da experiência com o agente de saúde do Ceará em outros estados do Nordeste e, posteriormente, em âmbito nacional, influenciou seu engajamento pessoal em iniciativas de cooperação internacional? Esse convite feito pelo UNICEF foi a

primeira oportunidade? Afinal, foram mais de 20 anos depois do trabalho iniciado em Jucás.

Carlile: Acho que tudo isso tem a ver com o convite. De fato, nossa primeira experiência internacional foi em Angola. Quando prefeito de Jucás, eu fui a um grande encontro no México, promovido pelo UNICEF¹, que reuniu 80 prefeitos de 50 países do mundo, entre os quais a prefeita de Washington, as vice-prefeitas de Pequim e de Paris e o prefeito de Jucás! Foi uma reunião para apoiar e estimular iniciativas de dirigentes municipais que davam atenção especial à criança. Lembrei-me desse evento porque, de algum modo, se relaciona ao que estamos falando, pois naquele mesmo ano, 1993, o UNICEF havia dado o Prêmio Maurice Pate ao Ceará, pela redução da mortalidade infantil; mas, a participação em eventos internacionais não se caracteriza realmente como uma experiência de cooperação internacional.

Então o convite para trabalhar em Luanda foi uma surpresa?

Carlile: Foi absoluta surpresa. Mas, eu aceitei de imediato porque já havia pensado no assunto, três meses antes, quando o professor Duncan², de um programa de pós-graduação de Porto Alegre, me consultou se eu gostaria de participar com eles de uma experiência na África. Quer dizer, pensei, mas não que fosse um trabalho de consultoria ao governo de outro país. O Brasil é um país tão grande... A gente pensa pouco nas relações internacionais... já é um grande desafio pensar em algo para o Brasil!

Você, então, imaginou que valeria a pena compartilhar a experiência do programa de Jucás e Iguatu para além do Brasil?

Carlile: Exatamente. Primeiro, a expansão de Jucás para o Ceará já foi muito importante. Depois, Nordeste. Depois, Brasil. Então,

ir pra Luanda em 2007 foi muito bom! A gente viu a universalidade da ideia, que poderia se aplicar em qualquer lugar. E em 2014, voltamos a Angola, a convite do Ministério da Saúde, para estender o programa do agente de saúde para todo o país.

Antes de abordar a experiência de 2014, fale mais sobre como foi o dia a dia da consultoria em Luanda, em 2007.

Carlile: Como já disse, fomos para passar três meses. Não sabíamos nada sobre a África. Sabemos muito pouco aqui no Brasil. Em Angola, fazia só cinco anos que tinha terminado a guerra. Eu nunca tinha visto uma situação assim, tão de perto, de um país que há apenas cinco anos tinha encerrado uma guerra. Ver tudo aquilo que era resultado da guerra. Outro aspecto de impacto foi chegar a um país onde todos são negros: o presidente da República, os ministros, os deputados, os médicos... Claro, no Brasil a gente convive com negros, mas é muito diferente. Os portugueses saíram todos em 1975, com a independência. Mas, uma coisa muito boa é que houve uma receptividade, uma amizade, uma convivência, como se a gente estivesse em Jucás. A relação com as pessoas de lá nos deixou tão à vontade que nos sentimos em casa.

Uma preocupação constante dos estrangeiros em qualquer lugar do mundo é a segurança e o conforto de morar e andar nas cidades. Qual sua impressão a respeito, durante as estadias em Angola?

Carlile: O pessoal daqui ainda hoje pergunta: como é? Teve medo de assalto quando estava em Luanda? Eu tive menos medo do que aqui; sentia mais segurança até do que quando a gente anda nas ruas em Fortaleza. Numa das vezes em que eu voltava de Cacuaco para as Nações Unidas, o carro teve que retornar, pois o trânsito estava

complicado. Então, eu saí do carro oficial e peguei um candongueiro, um dos transportes públicos, e me senti muito bem. Quando cheguei à sede das Nações Unidas, o pessoal estava todo preocupado porque eu tinha saído do carro oficial e entrado num carro popular. Claro que há dificuldades. Imagina uma cidade que tinha 250 mil habitantes, quando os portugueses saíram, em 1975, e, quando nós estivemos lá, em 2007, tinha cinco milhões de habitantes. Grande parte fugiu da guerra no interior do país para a capital. Então, é a capital de um país saindo da guerra, recebendo toda essa quantidade de gente. Condições precaríssimas de água, de esgoto, de saneamento, de coleta de lixo. Mas tudo isso não representou maior problema, porque fomos tratados como se estivéssemos aqui no Ceará; isso fez com que vivêssemos de maneira muito saudável.

E como foi o relacionamento com as equipes locais de trabalho?

Carlile: Em Cacucaco a receptividade da equipe foi muito boa. Nós chegamos lá no primeiro dia do curso de agentes. É tanto que quando o UNICEF quis prorrogar nosso contrato, de três em três meses, até completar um ano, achamos muito bom.

Você referiu que “nós fomos contratados [...] prorrogar o nosso contrato”; significa que você e também Miria foram contratados pelo UNICEF nesse período?

Carlile: É. Eu fui convidado como consultor pelo UNICEF. Quando chegamos lá, eles tinham necessidade de uma segunda pessoa, e a Miria estava lá, pronta para trabalhar. Aí, uma semana depois, ela já estava contratada também.

Quais foram as primeiras impressões dessa função de consultor do UNICEF?

Carlile: Uma coisa boa em Angola é que todas as agências das Nações Unidas estão num prédio só, onde começamos a trabalhar. Uma diferença em relação aos colegas das Nações Unidas é que passávamos quase todo o tempo no município, ou no terreno, como eles diziam. Enquanto a maioria dos consultores ficava nos escritórios, preferíamos trabalhar no campo, com os agentes de saúde, os técnicos de enfermagem, responsáveis pelo curso, e com a médica da direção provincial, Dra. Catarina³. Passávamos praticamente o dia inteiro lá, trabalhando com os agentes e conhecendo a comunidade. Era importante saber que conhecimentos já tinham e o que precisavam aprender. Um dos primeiros trabalhos do agente de saúde é delimitar sua área de atuação. Então, Miria foi fazer um mapa do bairro, desenhando aquelas casas e seus quintais, onde cinco, oito famílias arrumavam um jeito de morar. Quando apresentamos aqueles desenhos para a direção da província, eles ficaram encantados. Era a primeira vez que eles tinham um mapa de uma área de Luanda, identificando quantas famílias e quantas pessoas existiam, pois era importante para o agente de saúde saber o número de pessoas que moravam em sua área de cuidado, além de saber como essas pessoas viviam. Imaginem como era a situação de todas aquelas famílias, que chegaram após a guerra, numa área como aquela, tudo desorganizado...

Você relata um modo interessante de atuar, como consultor estrangeiro, junto aos profissionais locais, aos agentes de saúde, na realização de atividades que seriam os produtos a serem demonstrados às autoridades municipais, e não apenas ao dirigente da instituição internacional contratante. É isso mesmo?

Carlile: É. Nós tivemos a sorte de conhecer um angolano, Dr. Nkanga Guimarães, que nos recebeu no escritório do UNICEF, dividíamos a

sala com ele, e foi quem nos orientava. Médico formado em Benim, com mestrado em saúde pública na Itália, tinha grande experiência no interior de seu próprio país, Angola, onde era consultor nacional das Nações Unidas no período em que lá estivemos. Uma pessoa fantástica, que nos recebeu muito bem, nos deixou à vontade. E na avaliação final do projeto, nos últimos dias em que estivemos lá, com o ministro e outras autoridades, ele falou: “São consultores que não ficam no computador, que ficam no terreno”, quer dizer, no campo. Como é que você trabalha no escritório com o agente de saúde? Tem que ser no campo! O agente de saúde é, essencialmente, a pessoa que faz a relação entre as famílias e o serviço de saúde. Então a gente tem que conhecer o que é a família e o que é esse profissional novo, o que ele é capaz de ensinar, como é a relação deles com a população e com a equipe de saúde.

Sobre esse ponto, o que você destacaria?

Carlile: Uma das coisas que nos chamou a atenção é que as relações eram muito hierárquicas. Quando o médico falava com o auxiliar de enfermagem era muito autoritário; e o auxiliar com a população, outro nível de hierarquia. Isso nos chamou muito a atenção. Talvez, por ser logo após a guerra, quando as relações são muito hierárquicas. Ou, talvez, fosse assim desde a época do colonialismo. Era o que a gente sentia. E, claro, foi um aspecto importante a considerar em nosso trabalho. Quando a Miria reunia os médicos, que coordenavam o programa, com os candidatos a agente de saúde, sentava no chão para conversar, tratava cada um pelo nome, sem o título de doutor. Porque o agente de saúde tem que aprender a estabelecer essa relação horizontal, tanto com as famílias quanto com os profissionais de saúde. Então, você tem que desenvolver essa atitude, fazer na prática.

Você chamou a atenção para a atuação dos consultores internacionais, sediados no prédio onde a maioria trabalhava nos computadores e não com as equipes locais, no campo. Agora falou como deveriam ser as relações com as equipes nacionais, e dessas equipes com as pessoas da comunidade. Ao retornar, sete anos depois, qual a sua avaliação?

Carlile: Olha, acho que no prédio das Nações Unidas continua como antes. Com relação ao programa de agentes de saúde, acho que mudou. O Diniz⁴ e o Pascoal⁵ eram técnicos em enfermagem, instrutores do treinamento dos agentes de saúde em Cacuaco, em 2007, depois se formaram e hoje têm uma escola para formar técnicos em enfermagem. Foram as pessoas que mais captaram nossa orientação; que mais sabem sobre os agentes de saúde. Os dois contaram que são chamados para falar na televisão sobre os agentes de saúde, o sentido do trabalho desses agentes, a relação nova que tem que se estabelecer entre o sistema de saúde e a família, o profissional de saúde e o cidadão. Eles captaram isso muito bem. Mesmo entre eles, a relação anterior era de autoridade, mas na convivência que a gente teve durante um ano, dominaram completamente a situação. São as pessoas mais chamadas hoje para fazer os treinamentos dos agentes de saúde. Também são os que mais conhecem o município. Quando foi realizado o primeiro censo da população de Angola, em 2014, eles coordenaram o censo em Cacuaco, pois conheciam muito bem todo o município, a população, a comunidade, o território, cada bairro, como distribuir as pessoas que iam fazer o censo. Cacuaco é um município com 600 mil habitantes, que vivem em muitos bairros. Eles são chamados quando se quer saber qualquer coisa sobre aquela população. São os que melhor conhecem a proposta do agente de saúde em Angola.

Qual foi a repercussão, no Ceará e no Brasil, desse trabalho desenvolvido em Angola?

Carlile: A imprensa daqui noticiou, nos chamaram para algumas entrevistas. Encontramos em Cacuaco com um repórter do *O Estado de S. Paulo* que nos entrevistou e publicou uma reportagem. Quando sai na imprensa do sul do país, a do Ceará também vai atrás, e fomos entrevistados aqui também.

E no âmbito do governo?

Carlile: Claro que as pessoas nos têm muita atenção, mas, não teve nenhuma atuação do governo federal ou do Ceará com esse trabalho nosso em Angola.

Veio alguém de Luanda para estágio ou visita de reconhecimento da experiência do agente de saúde do Ceará?

Carlile: Estiveram aqui, para visitas em diferentes momentos, a vice-diretora da Direção Provincial de Saúde de Luanda, Dra. Isilda Neves; a médica da direção provincial de Cacuaco, Dra. Catarina Oatanha (atualmente trabalha no UNICEF Angola); a enfermeira Ana Isabel Angelina e dois técnicos de enfermagem, Diniz e Pascoal, da equipe de saúde provincial de Cacuaco; eles eram instrutores do curso de agentes de saúde em 2007 e, atualmente, são enfermeiros e donos de uma escola de técnicos de enfermagem em Luanda.

Quem mais do Ceará, de outro estado ou outras instituições brasileiras, participou de atividades ligadas a esse projeto do agente de saúde em Angola?

Carlile: Durante o ano de 2007, somente eu e Miria participamos. Mas voltamos a Angola nos quatro anos seguintes, acompanhando

Giugliani⁶, na fase de avaliação da implantação do agente de saúde em Cacucó⁷. Nesse período, outras pessoas do Ceará também foram a Angola: Idalice⁸ e Vanira⁹. A professora Márcia Machado, atualmente pró-reitora de extensão da Universidade Federal do Ceará, e as pesquisadoras da Escola Politécnica da Fiocruz, Ana Lúcia Pontes e Vera Joana Bornstein, participaram de um dos encontros de avaliação em Luanda.

Houve participação de alguém de universidades angolanas no projeto em Cacucó?

Carlile: Indiretamente, sim. Um professor de enfermagem da Universidade Agostinho dos Santos, João Batista Humbwavali, acompanhou a avaliação do trabalho em Cacucó, enquanto cursava pós-graduação na UFRS; já fez mestrado e concluirá doutorado agora no segundo semestre de 2016. Acredito que vai desenvolver um papel muito importante, devido ao seu conhecimento sobre o agente de saúde. Ele tem uma formação muito sólida e acho que terá uma relação importante com o programa de agentes de saúde de Angola. Ele esteve no Ceará, em visita ao programa dos agentes de saúde do Estado e à Unilab¹⁰.

Poderíamos retomar a fase da consultoria ao Ministério da Saúde de Angola, em 2014?

Carlile: Sim. O ministro da Saúde de Angola, em 2014, Dr. Van-Dúnem¹¹, era vice-ministro em 2007. Nós o conhecemos naquela época, em almoço na casa do representante do UNICEF, em Angola. Por sinal, ele achou muito interessante a apresentação, feita pela Miria, do primeiro mapa das famílias de Cacucó. Quanto ao trabalho em 2014, o convite era para ajudar o Ministério a fazer uma regulamentação do que seriam os agentes de saúde em um projeto

nacional de Angola. Lá estivemos sete meses. Aí o trabalho foi mais de escritório, para regulamentar, criar um programa de agentes comunitários de saúde dentro do Ministério da Saúde. A primeira vez foi uma experiência em uma direção provincial da capital. E o próprio Dr. Van-Dúnen dissera: vamos ver, se der bom resultado, a gente amplia para o país. E eles não tinham experiência como é que seria isso.

Qual o foco do trabalho nessa nova etapa?

Carlile: Foram momentos de estudar, com as equipes do governo de Angola, as diversas experiências do mundo sobre profissionais do tipo dos agentes de saúde. Vimos que, nos Estados Unidos, os hospitais contratavam agentes comunitários para acompanhar diabéticos. Porque uma das coisas essenciais é aprender a viver com a doença, e é difícil que um médico consiga isso no consultório. Esse é um dos significados da universalidade, porque são situações com diferentes níveis de renda, de conhecimento, mas é semelhante essa necessidade de alguém que ajude a família a criar um novo estilo de vida. Não precisa ser um profissional com muito conhecimento de saúde, mas que vá à casa da família, que consiga conversar, ver como a família vive, acompanhe e conviva com a pessoa com diabetes. Em diversos lugares do mundo esse profissional é importante. Em Bangladesh, dada a falta de profissionais, vimos que o agente de saúde atuava mais no sentido do tratamento das doenças mais comuns, malária, desnutrição, infecções e do planejamento familiar; e executava tratamento padronizado de pneumonias, verminoses, desidratações. Quando a distância entre a família e o serviço de saúde é muito grande, então é importante o papel do agente de saúde, que está próximo e é capaz de fazer o tratamento.

Esse aspecto não seria diferente do papel do agente de saúde no Ceará?

Carlile: No Ceará, não foi bem isso que a gente desenvolveu; aqui foi muito mais no sentido da promoção da saúde. E logo o agente se incorporou ao Programa de Saúde da Família, com o médico e o enfermeiro. Depois se viu a importância de ter dentista, assistente social, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, toda uma equipe voltada para o cuidado da família e da promoção da saúde. O que eu quero dizer é que todas as experiências deviam ser conhecidas e avaliadas para saber o que se podia aplicar em Angola.

Carlile, esse depoimento relembra, de certa forma, suas referências aos programas comunitários de Sobradinho e Planaltina, na década de 1970, na Universidade de Brasília, como aprendizado para o retorno a Jucás¹². Seria essa capacidade de buscar conhecer outras experiências para ajudar a resolver os próprios problemas, o que você compartilhou com o pessoal do Ministério da Saúde de Angola? Analisar experiências nos Estados Unidos e outros países da África, além de sua experiência no Ceará?

Carlile: Sem dúvida que sim. Os problemas de Angola são diferentes dos demais lugares. Claro que a ideia essencial é que o agente de saúde transmita conhecimentos novos para as famílias que não tiveram acesso. Mas os conhecimentos necessários são muito diferentes de um país para outro. E essa diversidade de problemas obriga a ter novas formas de atuação. E a discussão dentro do Ministério da Saúde, sobre como implantar o programa de agentes de saúde nos municípios do país, indicava que outro ministério deveria participar. Então passamos a trabalhar intensamente com o Ministério da Administração do Território, que é quem coordena os municípios em Angola. Lá, os municípios não têm autonomia, estão ligados a esse

ministério. Claro que as ações eram de saúde e, tecnicamente, era com o Ministério da Saúde; mas quem executa é outro ministério.

Qual seria então o perfil do agente de saúde em Angola?

Carlile: Essa era a questão. O agente em Angola precisaria aprender outras coisas, além de saúde, para trabalhar, principalmente com as mães, para cuidar das crianças. Quem faz a agricultura lá são as mulheres, as mães, que passam grande parte do tempo na roça. Então, os agentes de saúde tinham que aprender novos conhecimentos de agricultura, inclusive em termos de organização, para melhorar a venda dos produtos. Então, é uma proposta além da área específica da saúde: o agente de saúde teria que aprender como ajudar as famílias a se organizar, a trabalhar de maneira cooperativa, para vender seu produto ou até para se organizar das formas mais diversas.

Essa seria uma orientação emanada do Ministério da Administração do Território e de outros órgãos para o perfil do agente de saúde em Angola?

Carlile: Sim. Esse ministério e os municípios se preocupavam também com a parte de urbanização, como fazer as casas, o lixo, o saneamento, tudo isso. E, ainda, houve discussões com outras áreas do Ministério da Saúde, com o pessoal da malária, tuberculose, da AIDS, e ainda de outros organismos do governo e outras entidades. Como enfrentar a malária? Deve prevenir, mas lá não pode só prevenir. Tem que tratar a tuberculose? Tem que ajudar a tratar e até fazer diagnóstico. Pneumonia foi um dos pontos que se discutiu muito na atenção à criança. Quando a criança com pneumonia chegar ao centro de saúde, o agente tem que estar preparado para fazer o tratamento padronizado. Além desses aspectos, havia a questão

do vínculo do agente de saúde. Na experiência de Bangladesh, país paupérrimo, imensidão de população, o agente de saúde não recebe dinheiro do governo; ganha seu sustento vendendo produtos de uma ONG: comprimidos, anticoncepcionais, produtos de higiene. Como poderia ser em Angola? Tudo isso era para se estudar, planejar e aprender como fazer.

Você fala de uma ideia universal que vai adquirindo o tom da realidade local. Por isso o perfil do agente de saúde em Angola seria tão diferente do brasileiro? Por isso você e Miria insistem na tecla de olhar para a realidade, procurar compreendê-la, não tentar aplicar a mesma receita do agente de saúde?

Carlile: Exatamente. Nossa experiência importante na África ocorreu em Luanda. Apenas visitamos a antiga capital da Nigéria, Lagos, durante 15 dias. É um mundo completamente diferente. É a maior concentração de pobres que eu vi numa cidade. Imagine: 20 milhões de pobres aglomerados, nas situações mais precárias! Lá, não tive muito o que fazer...

Essa visita foi durante uma das estadias em Luanda?

Carlile: Não, estávamos em Fortaleza, quando pessoas que tinham nos conhecido no UNICEF de Angola, e que passaram a trabalhar no escritório sede das Nações Unidas para a África, nos chamaram para ver que contribuição poderíamos dar, em Lagos. Mas era uma situação completamente diferente... A pobreza muito maior... A situação muito pior, muito mais precária, difícil. Passamos lá, deixamos algumas orientações, mas acho que contribuições externas e pontuais, nessas circunstâncias, não poderiam dar realmente frutos.

Sua experiência de cooperação internacional foi somente via UNICEF, na África? Ou participou de alguma iniciativa nas Américas, por intermédio da Opas/OMS¹³?

Carlile: A experiência com a Opas foi somente quando estivemos no Projeto Planaltina, em Brasília, e fomos visitar outras experiências de atenção primária em cinco países da América Latina, em 1975, segundo roteiro organizado pela Opas. Relacionada à experiência do Ceará, não participamos de nenhuma consultoria nessa Região. Sobre o UNICEF, aconteceu que um diretor geral, Dr. James Grant¹⁴, marcou sua época ao colocar o UNICEF num patamar muito diferente do tradicional, voltado principalmente para a redução da mortalidade infantil. Foi ele que fez a reunião no México da qual participei quando fui prefeito de Jucás. No bolso do paletó ele tinha sempre um pacote do soro oral. Aonde ele chegava, fazia o discurso do soro oral. O pai dele trabalhou na China, foi um dos pioneiros do que veio a ser experiência chinesa do médico de pés descalços. Era um homem realmente diferenciado, empolgado com uma ideia.

Carlile, ao cotejar essas observações com seu depoimento anterior¹⁵ sobre mortalidade infantil, podemos afirmar que seu relacionamento com o UNICEF gira em torno do reconhecimento do agente de saúde como ator importante para a redução desse mal?

Carlile: Sim, exatamente. O Ceará ganhou o prêmio Maurice Pate¹⁶ pela ênfase que dava à redução da mortalidade infantil, e era via agente de saúde. O UNICEF sempre deu grande atenção à criança de forma geral, principalmente em situações de conflito, guerra. Mas, nessa época, a ênfase muito grande era para o trabalho de redução da mortalidade infantil. E aí a gente trabalhou realmente dentro dessa linha. A aproximação ocorreu quando eu era secretário de saúde do Estado e o UNICEF instalou seu escritório no Ceará,

exatamente no período daquele diretor geral [James Grant]. Nessa época, o grande foco foi a redução da mortalidade infantil com o agente de saúde. Então, chega naquilo que você colocou: o agente de saúde como ator importante.

Como você resumiria a relação do agente de saúde com a questão universal *versus* local, comentada anteriormente?

Carlile: A ciência da saúde já tem muitos conhecimentos que podem melhorar muito a vida das pessoas; e o grande desafio é para esse conhecimento chegar à família, naquelas famílias que menos têm conhecimento. Isso é o que eu estou chamando o princípio geral ou universal. Agora, em cada lugar, o conhecimento mais necessário pode ser sobre malária, ou acidente de trânsito, ou controle do diabetes ou da hipertensão, ou pode ser como reduzir a mortalidade infantil. Ou, como está ficando cada dia mais preocupante, o grau de violência nas famílias, e a necessidade de um cuidado maior com a criança para que ela não vá para o caminho da violência. São pontos que variam de acordo com a necessidade. É nesse sentido que eu digo que é possível levar conhecimentos para as famílias lidarem com os problemas que existem em cada lugar. É possível adquirir conhecimentos de saúde que são essenciais para as pessoas, para as famílias, sem ter passado por uma escola de maior nível? Sim, é possível! Aqui no Ceará, em Luanda ou em qualquer outra parte. Mas em cada lugar e em cada tempo, de seu jeito.

Miria, você imaginava receber convite para trabalhar em outro país, a partir da experiência do agente de saúde no Ceará?

Miria: Não, eu nunca pensei que nosso trabalho nos daria projeção para trabalhar em outros países. Quando chamavam a gente para ajudar em outros estados brasileiros ou no Ministério da Saúde,

eu achava bom porque a ideia estava funcionando bem no Ceará e seria bom que outros vivenciassem. Para mim, especialmente, o convite para ir a Angola foi uma surpresa. Até porque quem recebeu o convite foi Carlile. Depois que chegamos lá, é que eles pediram meu currículo e me contrataram.

Qual a importância da experiência no Ceará para o trabalho em Angola?

Miria: Eu acho que uma das coisas importantes para nosso trabalho em Angola, foi porque, de certa maneira, a situação era parecida com Jucás quando a gente começou: pessoas pobres, sem nenhuma orientação; e a proposta era o agente de saúde orientar a cuidar da família, da criança, fazer pré-natal, levar a criança para a vacina. Não era nenhum absurdo, mas não existia. Embora diferente, a experiência de Jucás foi fundamental para trabalhar em Angola. Assim como a contribuição de Brasília ajudou em Jucás. A ligação era a situação de pobreza, desconhecimento, falta de informação.

Qual a relação dos governos do Brasil e de Angola com essa consultoria que vocês deram em Angola?

Miria: Sinceramente, desconheço. O convite para ir a Angola veio direto do UNICEF de lá, a pedido da Direção Provincial de Saúde de Luanda. O vínculo de trabalho, o apoio, o custeio de nossas despesas, era com o UNICEF, que conhecia a experiência do Ceará desde 1987. O José Paulo Araújo, cearense, oficial de comunicação do UNICEF, que trabalhou no escritório do Ceará e posteriormente no escritório de Angola, foi quem mencionou o nome de Carlile para os dirigentes das instituições em Luanda. Sobre esse assunto, tem um episódio interessante que Dr. Nkanga¹⁷ nos contou, depois que ficamos amigos, próximo de nosso retorno para Fortaleza: a expectativa de vida em

Angola naquela época era 45 anos, e nós dois já tínhamos mais de 60; quando analisaram nosso currículo, surgiu a dúvida: será que esses dois velhinhos vão dar conta do recado? Mas, ele também disse que, mesmo com a nossa idade, ultrapassamos as expectativas.

Fale sobre a experiência como consultor do UNICEF em Luanda.

Miria: O plano inicial do UNICEF eram três meses de trabalho. Aí vimos que não dava. Porque uma coisa é a consultoria dizer: faça assim e assim, outra coisa é trocar ideias de como chegar ao que você quer. Aí ficou combinado que a gente ia trabalhar um ano. Três meses lá, um mês aqui, e voltava por mais três meses. Dr. Nkanga foi uma das pessoas importantes nesse trabalho, pelo companheirismo e cumplicidade para fazer um bom trabalho. Ele queria nossa ajuda para descobrir como melhorar a situação do país. E, assim, a gente se dava muito bem. Quanto ao trabalho, eu gosto de planejar, discutir, mas não gosto de ficar no escritório, sentada, fazendo só isso. Gosto mais de ir para o campo; a partir das seis e meia da manhã, eu já estava esperando o carro. Para mim, apenas dar uma receita não funciona; é preciso atuar com os agentes, ensinando e aprendendo, juntos. Foi assim a experiência que vivemos em Jucás. Em Cacuaco, eu visitava as famílias com os agentes de saúde, foi uma troca de aprendizado, uma experiência muito boa.

Sete anos depois, vocês voltaram para uma nova consultoria, desta vez contratados diretamente pelo Ministério da Saúde de Angola. A que você atribui esse novo convite?

Miria: Acho que tem a ver com o resultado da vacinação em Cacuaco, uma das localidades mais pobres de Luanda, onde trabalhamos em 2007. Nessa época, se discutia muito sobre campanha de imunização. Era gasto muito dinheiro, muito trabalho, mas as campanhas

realmente não davam os resultados esperados. Então, começamos a vacinação junto com os agentes de saúde, da seguinte forma: se você acompanha cem crianças, veja como está a situação de vacina delas. Com isso, o que aconteceu? Um ano depois, os casos de pólio se reduziram onde atuava o agente de saúde. Acho que esse resultado foi importante para o segundo convite. Em 2014, já não era mais o UNICEF, mas o Ministério da Saúde de Angola que queria implantar o programa para todo o país. Aí o casal de brasileiros foi chamado. Eu me senti muito bem: chamaram o Carlile para fazer o plano político nacional e a Miria para fazer a capacitação dos instrutores que iriam capacitar os agentes de saúde. Já éramos conhecidos, até diziam: *lá vem o casal de brasileiros!* A gente construiu uma boa relação com o pessoal, com os profissionais.

Fale de sua convivência de trabalho em Luanda.

Miria: Eu atuei, em 2007, nos treinamentos das equipes locais, em Cacuaco, uma das localidades mais pobres de Luanda. Para organizar uma capacitação para as pessoas em outro país você precisa, acima de tudo, conhecer a cultura deles, suas necessidades, a história das situações, saber como a coisa funciona, desde a parte política até a parte cultural. Nesse sentido, contei com contribuições muito importantes: Marina Machado, uma enfermeira brasileira que trabalhava no UNICEF, casada com um angolano; Ana Isabel, enfermeira angolana e dois técnicos de enfermagem, Diniz e Pascoal, que eram instrutores do curso de agentes de saúde¹⁸. A primeira coisa a fazer era saber como era aquela localidade, quantos moravam ali etc. Então, resolvemos fazer um mapa. Eu saía com eles, andava na rua, para contar quantas casas e quantas famílias e quantas pessoas; e combinava: aqui começava o trabalho do Diniz; aqui começava o do Pascoal. Então a gente fazia um mapa onde constava quantas

famílias moravam ali. Onde diziam que tinha três mil, quando a gente contava, tinha mil e duzentos; ou então o contrário! Veja que o primeiro censo de Angola somente veio a ser feito em 2014. Até então, não tinha registro. Aí a gente fazia o mapa e pregava o mapa de um agente com o do outro; e quando fizemos isso num primeiro setor, todos quiseram fazer também nos outros. O Diniz e o Pascoal se esforçavam, trabalhavam muito, e ainda faziam faculdade. O Diniz organizou todas as informações de Cacuaco: quantas famílias, quantas grávidas, quantas crianças por faixa etária. Só ele tinha essas informações organizadas. Resultado: quando a gente voltou a Luanda, o Diniz, todo feliz, disse: eu nunca era chamado para reuniões, mas agora vão me buscar porque querem as minhas informações de tal lugar. E as informações eram do trabalho com os agentes. O trabalho do Diniz passou a ter uma repercussão muito grande, porque ele aprendeu a coletar e organizar os dados.

E como era o relacionamento com as pessoas além do trabalho?

Miria: O relacionamento com o pessoal em Angola foi muito bom. A gente ia passar final de semana na casa deles. Um colega consultor me disse: “faz não sei quanto tempo que estou aqui e nunca fui convidado para a casa deles!”. No meu aniversário fizeram a maior festa. Essa interação favorecia o intercâmbio com eles. Conversávamos com todos, desde os motoristas até os doutores. Aprendemos muito. O que quero dizer é que a gente tem que conhecer a cultura local. E no trabalho é bom saber como o outro pensa e o que precisa, e se quer ajuda de fora. Não se pode chegar e logo dar receita do que as pessoas têm que fazer, ou demonstrar que sabe muito mais que elas. Sei que nem sempre é fácil se adaptar fora do próprio país. Mas eu gostei de Angola; até já disse ao Carlile que seria bom se viesse outro convite para irmos lá novamente.

O que você diria, ao encerrar suas impressões sobre a experiência em Angola?

Miria: Pode ser fácil ou difícil, depende mais é de cada um. No início, eu passei uma semana indo todo dia a Cacucaco, e ficava lá sentada, sem fazer nada; simplesmente não me convidavam para fazer nada junto com eles. Depois de alguns dias, eu perguntei à Diretora Provincial de Saúde, Dra. Catarina, se podia ir para as salas assistir as conversas do pessoal, e ela autorizou. No começo, eu apenas observava. E uma coisa chamou minha atenção: na hora do almoço, todos ficavam sentados em fila, esperando a vez de cada fila. Fiquei impressionada, pois o pessoal ficava inquieto, mas ninguém se mexia. Perguntei se podia fazer uma dinâmica com eles para passar o tempo. Lembrei a dinâmica do sapato: dois grupos; todos tiram os sapatos e misturam tudo num canto; a um sinal, todos voltam a calçar; e ganha o grupo que primeiro completar essa tarefa. Bem, foi uma bagunça; mas, depois dessa brincadeira, o pessoal mudou comigo. Quer dizer, o jogo propiciou um nivelamento entre nós, o que é muito importante. Afinal, eu nem era autoridade lá, né?! Assim, pudemos até ajudar em questões sobre a relação de autoridade. Por exemplo, os agentes discutiam entre si que o salário estava atrasado; e o Pascoal reclamou com a Catarina que aquilo era um absurdo. E ela reagiu como chefe, assim: “Até você, Pascoal! Até você falar isso?”. Quer dizer, não se podia reclamar, mesmo com uma situação de grande atraso de pagamento de salário! Passado algum tempo, pudemos conversar sobre isso com a Catarina e, inclusive, intermediar essa discussão entre ela e os agentes. Momentos assim são gratificantes. Por isso eu disse que pode ser fácil ou difícil, dependendo de como a gente enfrenta as situações que vão surgindo no dia a dia.

Novas trilhas, achados e ganhos*

- * Este capítulo apresenta entrevista com Carlile, realizada em junho de 2016, sobre a implantação da Fiocruz Ceará e a cooperação com a Unilab. O motivo dessa ampliação do escopo do livro, para além do tema dos capítulos anteriores - o agente de saúde - transparece ao longo do texto, especialmente na resposta final do entrevistado.

Carlile, o Ceará sedia atualmente um escritório da Fiocruz e a inauguração das instalações dessa nova unidade está prevista para o segundo semestre deste ano. Qual foi sua participação nesse empreendimento?

Carlile: Assim que voltei de Angola, no início de julho de 2008, Odorico¹ veio aqui em casa e disse: o governador² quer saber se você aceita coordenar a implantação da Fiocruz no Ceará. Eles haviam proposto à Fiocruz criar uma fábrica de medicamentos no estado, como parte de um plano de expansão nacional daquela instituição³. Naquela altura, as conversas já estavam adiantadas, e a ideia era mais que uma fábrica, tendo sido estabelecidos dois objetivos principais para a Fiocruz no Ceará: fortalecer e qualificar a Saúde da Família, que era a estratégia central da saúde pública do Ceará há muitos anos; e desenvolver um polo industrial e tecnológico da saúde. Eu pretendia voltar a Angola, mas Miria teve um problema grave de saúde e, portanto, não era um momento bom para sair de casa. Então, eu pensei: é um assunto do maior interesse para o Ceará, um desafio importante. E aceitei o convite. O governador me nomeou secretário executivo de uma comissão de apoio para

implantação da Fiocruz, presidida pelo secretário estadual de Saúde, Dr. João Ananias, que incluía os reitores das universidades estaduais, o diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal, o secretário de Ciência e Tecnologia do Estado e o secretário de Saúde de Fortaleza, que era o Odorico. E começamos a dar os primeiros passos. Logo a seguir, em agosto, esteve aqui o Paulo Gadelha⁴, que era o vice-presidente de gestão da Fiocruz, e o Carlos Gadelha⁵, o vice-presidente da área de produção e inovação.

Como foram as conversas com eles?

Carlile: Eu gostei muito das ideias que foram discutidas, sobre desenvolver uma produção industrial ligada à saúde. O Brasil está muito atrasado nessa área, precisando importar tanto medicamentos quanto equipamentos, com um déficit grande na balança comercial do país. Confesso que fiquei bem animado. Eles me convidaram para visitar a Fiocruz, que eu conhecia muito pouco. Fui ao Rio de Janeiro e a outras capitais, visitar as diversas unidades da Fiocruz. E começamos uma relação muito boa. Tanto que fui convidado para assumir a coordenação desse projeto no Ceará também pela Fiocruz. Ainda não havia nada, equipe ou instalações provisórias, era só eu. Em Mato Grosso do Sul, o processo de criação da nova unidade estava adiantado, com uma linha bem clara de desenvolvimento, pois quem coordenava era o Rivaldo⁶, que estava na Fiocruz há muitos anos. E eu ainda estava aprendendo o que era a Fiocruz. Fiz muitas viagens, e cada vez que viajava, aprendia um pouco mais sobre a história e o que faziam as diversas unidades da Fiocruz.

E com relação à comissão nomeada pelo governador?

Carlile: A presença dos reitores na comissão que o governador nomeou foi importante para pensar a Fiocruz em nosso estado. Com relação

à indústria, eu não sabia nada; mas com relação à saúde da família, claro que era uma coisa com a qual eu estava trabalhando há muito tempo, com todas as universidades do Estado. Então começamos a discutir, com essa comissão, como seria qualificar a Saúde da Família.

Quais as orientações adotadas nesse caso?

Carlile: Vimos que uma coisa importante a fazer era formar professores e pesquisadores para essa área, porque já eram 30 mil equipes de saúde da família no Brasil, mas sem ter nada nas universidades. Não tinha professores de saúde da família nas faculdades de medicina ou enfermagem. Parece que só no Rio Grande do Sul, no Grupo Hospitalar Conceição, tinha ficado algo das experiências daqueles núcleos iniciais das décadas de 1960, 1970. Nas outras universidades, já tinham praticamente desaparecido. E começamos então a planejar um mestrado em Saúde da Família. Tomamos como referência a ideia da Renorbio⁷, que está formando doutores, juntando instituições de todos os estados do Nordeste mais o Espírito Santo. Então, foi um modelo que a gente seguiu para formar a nossa rede nordestina de apoio à formação em saúde da família⁸. Iniciamos a primeira turma de mestrado profissional com 100 alunos; terminamos com 94 mestres. Estamos agora terminando a segunda turma com 130 mestrandos. Juntamos Rio Grande do Norte, Maranhão, Piauí, Paraíba, e todas as universidades públicas do Ceará, cada uma com uma turma; realmente, uma rede de formação de mestres em saúde da família. Foi o nosso primeiro grande trabalho.

E quanto ao segundo objetivo, do polo industrial e tecnológico da saúde?

Carlile: Esse era um desafio maior para mim. Como disse antes, eu não sabia nada do assunto. Para começar a entender como formar um

polo industrial, procuramos quem era da área: a ADECE⁹, que cuida da atração e incentivo a indústrias; e a Federação das Indústrias. Eu e o diretor da ADECE, fomos conhecer um grande centro industrial na área de medicamentos em Anápolis. O governador Cid Gomes ficou animado e logo definiu o terreno onde instalar o polo do Ceará: prometeu desapropriar uma área de 50 hectares, no município de Eusébio, vizinho de Fortaleza; e dez hectares seriam para a Fiocruz. A ideia era ter um terreno grande para a Fiocruz se expandir, sem os problemas de espaço das instalações em outros lugares, como em Belo Horizonte, Salvador, Pernambuco, tudo muito apertado. Mesmo no Rio de Janeiro, em Manguinhos, já não tem mais nem como estacionar.

Qual o aprendizado e os passos mais importantes nessa fase do trabalho?

Carlile: Bom, além do aspecto industrial do polo, tinha o lado mais ligado à pesquisa e tecnologia. Começamos todo esse trabalho procurando ver, junto com as várias universidades existentes no Ceará, o que já havia em funcionamento, para não competir ou duplicar esforços. De início, houve uma preocupação do pessoal da Universidade Federal: “Como é que é? A Fiocruz vai competir com a universidade? Disputar os recursos para pesquisa?” Então tivemos que resolver essa preocupação. Um argumento importante era que o polo iria trazer novos recursos. E aí passamos a ver o que havia de pesquisa em cada campo das instituições do Ceará, porque para ter um desenvolvimento industrial, tinha que ter um forte campo de pesquisa de apoio para esse segmento industrial.

Quais as descobertas de interesse sob esse aspecto?

Carlile: De certo modo, fiquei até surpreso, pois havia muita iniciativa de valor. A pós-graduação de farmacologia da Faculdade de Medicina

da UFC tinha mais de 400 mestres e 200 doutores formados; na área veterinária, já trabalhavam com cabra transgênica, produzindo proteínas importantes; nos setores de física e engenharia, tinha muita coisa de interesse a ser compartilhada com a saúde. Também identificamos iniciativas entre o Ceará e outros estados vizinhos, a exemplo de um doutorado em Indústria Farmacêutica, realizado juntamente com o Rio Grande do Norte e com Pernambuco. Essas informações e impressões foram compartilhadas e discutidas com as diversas áreas científicas da Fiocruz. Até com a própria Fiocruz havia projetos conjuntos: a Faculdade de Medicina da UFC não conseguia evoluir para um doutorado em Medicina Tropical, embora tivesse um mestrado que o Alencar¹⁰ tinha iniciado há mais de 20 anos; então foi promovido um doutorado interinstitucional com o IOC¹¹, que tem um doutorado muito bom nessa área. Resultado: já estão se formando os primeiros dez doutores na Faculdade de Medicina, que se juntarão com os doutores que nós já temos hoje, e aí vamos iniciar o primeiro doutorado em Medicina Tropical aqui no Ceará. O argumento é simples: se a Faculdade de Medicina daqui tiver seu doutorado em uma área, não tem porque a Fiocruz fazer a mesma coisa; o razoável é atingirmos o objetivo conjuntamente. Outros exemplos: a Faculdade de Medicina tem um doutorado em Microbiologia e o LACEN¹² tem uma boa base laboratorial; então não precisaria que a Fiocruz começasse do zero para ter um bom programa de microbiologia no Ceará. Em resumo, sobre sua pergunta anterior, aprendi muito sobre a Fiocruz e sobre as potencialidades já existentes no Ceará para desenvolvimento de um polo industrial de saúde. Afinal, já se foram oito anos do convite que recebi do governador para iniciar esse trabalho.

Um tempo longo de um processo complexo, envolvendo interesses e capacidades de diversas instituições, nas áreas de ensino,

pesquisa, tecnologia, indústria, e investimento público e privado. Mas os avanços são muito expressivos, haja vista a inauguração prevista para breve da nova sede da Fiocruz no polo industrial e tecnológico da saúde do Ceará¹³. Qual sua visão de futuro em relação a esse projeto?

Carlile: Acredito que os dois focos iniciais devem prosseguir como prioridades: a qualificação em saúde da família e o desenvolvimento industrial e tecnológico da área da saúde. O primeiro objetivo já avançou bastante, com 94 mestres formados e 130 que se formarão ainda este ano; e já estamos trabalhando para ter o doutorado. É preciso formar professores e pesquisadores em saúde da família para que o Brasil consiga alcançar plenamente a atenção primária. Ainda estamos trabalhando em atenção primária, saúde da família, com ideias de três, quatro décadas atrás. Pouco se desenvolveu de novo. Enquanto isso, a área de tratamento da doença avança de maneira impressionante, porque o lucro dos novos produtos da saúde atrai investidores. Depois da indústria da guerra, a indústria da saúde é a que mais atrai investidores. A medicina curativa avança independentemente do governo, porque são as próprias indústrias que se interessam pelo desenvolvimento industrial e tecnológico de novos produtos. Mas a área da promoção da saúde, da atenção primária, que trabalha mais com a formação das pessoas, não só dos profissionais, mas das populações, como adquirirem mais conhecimento de saúde, isso tem que ter realmente um apoio efetivo do estado; é a esse tema que eu mais me dedico. E é onde se encaixa então a nossa Fiocruz. Por isso temos trabalhado intensamente.

Parece que esse é o tema de sua preferência.

Carlile: É verdade. Hoje temos uma boa área de pesquisa, com um bom laboratório, no município de Tauá, onde podemos testar novi-

dades em campo real. Quem faz a atenção primária é o município, então a Fiocruz não tem que montar um sistema de saúde dela. É o município que realmente faz a atenção à saúde, e a Fiocruz deve ir para lá, junto com o ensino, a pesquisa, o desenvolvimento de tecnologias. Há mais de dez anos, antes da Fiocruz, estamos trabalhando com o município de Tauá. Hoje é um município especial na atenção primária. Conseguimos atrair a atenção do Conass¹⁴, que fez um trabalho de dois anos lá, de planejamento da atenção primária, hoje com 25 equipes. A população gosta do sistema local de saúde, o que é uma raridade no Brasil. Então, os tauaenses, que antes também desacreditavam do sistema de saúde, hoje valorizam. É um dos pontos principais da administração municipal ter uma saúde boa, não só na atenção primária, mas já trabalhando a relação da atenção primária com a secundária. Então, o município é um laboratório especial. Várias pesquisas de doutorado foram desenvolvidas lá. O Fernando¹⁵ fez o pós-doutorado dele em Tauá. Lá tem residência multiprofissional em saúde da família, residência multiprofissional em saúde mental. Foi onde nós testamos, em 2004, a primeira turma de um curso técnico de agentes de saúde da Escola de Saúde Pública do Estado; e agora a Escola está implantando a terceira turma desse curso. Então, a ideia essencial é aproveitar os recursos que existem, os laboratórios que existem, e desenvolver uma intensa relação entre as pessoas dessas várias áreas.

Essa orientação se aplica também no caso da pesquisa básica?

Carlile: A proposta é parecida. A Fiocruz entra com a parte mais difícil, que é o pesquisador, mas tem que aproveitar realmente o campo de trabalho que existe aqui. Por exemplo: a Universidade Federal do Ceará reuniu todos os recursos de pesquisa e montou uma central analítica com microscópios eletrônicos; então, por que

a Fiocruz compraria mais um microscópio eletrônico? Colocamos um pesquisador lá, com experiência em microscopia eletrônica, porque eles tinham os equipamentos, mas deficiência de pessoal. Trouxemos um cearense que estava na Fiocruz de Pernambuco, e ele está lá, fazendo parte dessa plataforma multiusuário, coordenada pelo Departamento de Física, que é o pessoal que entende de microscopia. Então, eles têm essa central analítica e nós estamos estimulando, ajudando essa central a funcionar, com um gasto muito pequeno para a Fiocruz, que é basicamente ter lá o pesquisador, pois o Departamento de Física mantém todo o sistema. É parecido com o doutorado em Medicina Tropical, que falamos anteriormente. O caminho é estimular a relação entre as diversas instituições de pesquisa. Tem um trabalho em Biologia Molecular, procurando desenvolver anticorpos, em conjunto com a Unifor¹⁶, que tem um grupo muito bom nessa área e com um bom laboratório; então, nossos pesquisadores nessa área trabalham lá. E temos também uma pesquisadora em imunologia que está trabalhando no Lacen. Laboratório é uma coisa cara; então, se temos laboratórios funcionando com boa estrutura, mas falta o mais importante que é o pesquisador, então devemos orientar nossos concursos para pesquisadores trabalharem nessas áreas, estimulando essa relação entre as diversas instituições.

E sobre o polo industrial da saúde, quais os avanços?

Carlile: Na área da indústria, acho que vai ser mais devagar. A experiência da Fiocruz é importante, mas é com suas próprias fábricas: de medicamentos, Farmanguinhos¹⁷; e de imunobiológicos, Bio-Manguinhos¹⁸. Uma coisa importante que está definida é a implantação de uma unidade de Bio-Manguinhos no polo industrial da saúde, que vai trabalhar com uma base vegetal¹⁹, que é a novidade mundial.

Hoje as vacinas são produzidas essencialmente a partir de cultura de células animais ou ovos embrionados; a novidade é trabalhar com células vegetais. O terreno foi doado pelo governo do Estado, por meio de mais uma desapropriação de 22 hectares, e o projeto está bem avançado, visando duas linhas de trabalho iniciais: uma, a partir da folha do tabaco, e outra, a partir de células vegetais de cenoura. Mas o que pretendemos, desde o início, é estimular o polo industrial privado, porque a competição na indústria da saúde é intensa no mundo todo. A questão é desenvolver as próprias indústrias do Ceará, para que eles caminhem para a inovação e novos produtos. Algumas indústrias estão interessadas, e o governo do Estado fez um decreto dando incentivo fiscal nesse sentido. O Ceará tem algumas indústrias médias de produção de medicamentos, principalmente soros e alguns genéricos. É preciso estimular o desenvolvimento dessas indústrias e atrair novos interessados em investir na área de produção de medicamentos e outros insumos e equipamentos.

Você falou da linha de ação para fortalecimento da saúde da família em duas vertentes: uma, de ensino, mediante uma rede de mestrados nessa área, oferecidos por universidades públicas no Nordeste, onde a Fiocruz atua como ponto dinamizador; outra, na área de organização de serviços de saúde e de sistemas microrregionais de saúde, onde a Fiocruz também funcionaria como promotora de uma rede de estudos e pesquisas nesses territórios. Com relação à segunda linha de prioridade, o polo industrial e tecnológico da saúde, a proposta se tornou muito mais abrangente que a ideia inicial de instalação de uma nova fábrica da Fiocruz no Ceará; seria promover uma rede de diversas iniciativas no campo da produção e da inovação no campo da saúde, mobilizando centros de pesquisa em saúde, em articulação com o setor industrial? É isso mesmo?

Carlile: Exatamente. O Ceará e o Nordeste estão bem atrasados, em relação ao Sudeste e do Sul do país. Um polo industrial necessita de algo a mais, porque os investidores privados acham melhor ir para onde está mais desenvolvido. Para desenvolver uma nova área aqui, há necessidade de mais atrativos, e aí têm que entrar em ação o governo do estado, as universidades. Então, é isso mesmo que você resumiu: reunir os recursos que já existem no Ceará, integrá-los entre si, e integrar com a indústria. E tem que ser com o governo incentivando, apoiando, orientando.

E como tem ocorrido na prática?

Carlile: Foi criada uma câmara setorial, que reúne o Governo do Estado do Ceará, o Banco do Nordeste, instituições de pesquisa e setores industriais, para ver como é que se consegue desenvolver um polo industrial e tecnológico. Para mim, como já disse, é novidade, mas estou aprendendo e trabalhando a partir das ideias, dos trabalhos de colegas da Fiocruz, como o Carlos Gadelha. Mas o caminho é longo, temos muito a aprender.

De certo modo, as ideias e iniciativas que você relatou teriam muito a ver com a concepção da rede que você citou anteriormente, a Renorbio.

Carlile: Veja, a Renorbio foi a nossa cartilha. Uma experiência bem-sucedida que, em dez anos, formou mais de 400 doutores, mais de mil trabalhos publicados e muitas patentes caminhando. Era um bom exemplo a ser seguido, com a vantagem de contar com o apoio de pessoas do Ceará que conheciam bem aquela experiência: o primeiro coordenador da Renorbio foi o professor José Ferreira Nunes, da UECE; e a professora Paula Leng, também daquela universidade, foi quem nos orientou para formarmos uma rede de pós-graduação

aceita pela CAPES. E, com apoio da vice-presidência de ensino da Fiocruz, criamos, entre 2008 e 2011, a nossa rede de mestrados em saúde da família no Nordeste, a RENASF²⁰.

Quais os pontos de destaque você aponta entre as características da Renorbio e a concepção, as experiências iniciais e o futuro da Fiocruz Ceará?

Carlile: São vários os pontos comuns. A coordenação da Renorbio é feita em rodízio e conta com um apoio forte do Ministério de Ciência e Tecnologia; o coordenador atual é o Mittermayer²¹, que é da Fiocruz Bahia; no caso da Renasf, o apoio é do Ministério da Saúde, por intermédio da Fiocruz, que funciona como ponto dinamizador permanente. A Renorbio focaliza desenvolver biotecnologia via qualificação de pesquisadores e disseminação desse saber na área industrial; e busca estimular a inovação via absorção de tecnologia pela indústria. É, efetivamente, uma experiência de muito sucesso no Nordeste, integrando em rede instituições de ensino, pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e o setor industrial. Então, a intenção foi aproveitar a vinda da Fiocruz para o Ceará e potencializar seu papel, como agente integrador das experiências já existentes por aqui. Seria muito diferente se a implantação da Fiocruz no Ceará resultasse numa nova unidade, especializada em algumas coisas, mas sem potencializar sua inserção com as instituições do Ceará e dos estados vizinhos.

As semelhanças são bem nítidas no caso das redes de pós-graduação, concorda?

Carlile: É verdade. Cada uma tem o seu próprio projeto: a Renorbio tem seu doutorado; no nosso caso, o mestrado profissional. Nos dois casos, a coordenação é muito bem definida em torno desses objetivos

comuns, mas cada instituição acadêmica coordena seu próprio curso. A Renasf tem uma turma na Universidade Federal do Maranhão, uma na Federal do Rio Grande do Norte, uma na Federal do Piauí, outra na Federal da Paraíba, uma na Federal do Ceará e uma em cada estadual do Ceará: em Fortaleza, em Sobral e mais outra na região do Cariri. São turmas diferentes, com professores próprios, mas uma coordenação geral compartilhada. E também uma orientação considerada fundamental: estimular os professores a pesquisarem sobre saúde da família, com um núcleo de pesquisa e ensino em cada universidade. Veja um exemplo: são esses núcleos da Renasf que fazem a pesquisa de avaliação do PMAQ²², que o Ministério da Saúde adota para promover a melhoria da qualidade da atenção primária em saúde. Já estamos preparando a terceira pesquisa do PMAQ aqui no Ceará, e todas as instituições participam dessa avaliação. Todos esses processos são temas importantes para as pesquisas e dissertações de mestrado, atraindo professores para essa linha da saúde da família.

Qual a relevância da Fiocruz nesses processos?

Carlile: Talvez tudo isso acontecesse sem a participação da Fiocruz, mas eu acho que foi importante a Fiocruz ter assumido essa prioridade, no processo de implantação de sua nova unidade no Ceará. Insisto no que disse antes: já seria valioso se a implantação da Fiocruz no Ceará resultasse numa nova unidade especializada, mas não tenho dúvida que o fator essencial, a grande diferença, é potencializar sua articulação com as instituições já existentes no Ceará e também nos estados vizinhos.

Sobre o futuro do polo de desenvolvimento tecnológico e industrial, qual a participação do CDTS²³ da Fiocruz, além de Bio-Manguinhos, que você já comentou?

Carlile: O primeiro passo foi ter alguém da área de biotecnologia em articulação com o pessoal das outras instituições do Ceará. Para isso, a gente procurou ver qual seria uma área em que a Fiocruz complementaria o que existe no Ceará. A indicação era a área de bioinformática. Abrimos o primeiro concurso para essa área e já temos três pesquisadores; além de outros três na área de biotecnologia. Eles já estiveram no CDTs, com o pessoal do Morel²⁴, para ver como trabalhar em conjunto. Foi interessante a conversa com o CDTs, e é indispensável ter essa orientação. Uma das ideias é desenvolver anticorpos específicos para câncer. Uma das nossas pesquisadoras trabalha com pesquisa de produtos naturais para tratamento do câncer, mas um foco de interesse é desenhar novos produtos, pedaços de anticorpos, que tenham atuação direta em alvos de câncer. A parte do CDTs é identificar alvos, e o grupo daqui trabalha no sentido de desenvolver anticorpos que possam atuar naqueles alvos das células cancerosas.

Em suma, a ideia é a atuação em redes: no ensino, na pesquisa, na organização de serviços locais, na gestão de redes microrregionais de serviço e no desenvolvimento industrial para as aplicações práticas?

Carlile: Exatamente. A rede é um utensílio tradicional no Ceará, bom para repousar e essencial para os pescadores. Seria um bom símbolo para a ação da nova unidade da Fiocruz em nossa terra. Temos que valorizar as novas redes que estamos tecendo, mas é preciso incluir tudo que já aprendemos antes.

Vamos encaminhar a conversa para outra novidade no Ceará: a Unilab²⁵, uma universidade federal criada para fomentar a cooperação do Brasil com as demais nações de língua portuguesa,

especialmente os países africanos. Fale sobre sua participação nessa iniciativa.

Carlile: A Fiocruz Ceará e a Unilab começaram praticamente na mesma época. O professor Paulo Speller²⁶, quando veio para cá organizar essa universidade, procurou o Paulo Buss, então presidente da Fiocruz, que me indicou para acompanhar esse processo. Isso foi no segundo semestre de 2008, quando eu estava iniciando os trabalhos com a Fiocruz. Então, me aproximei do grupo de implantação da Unilab. Eu pretendia retornar a Angola, mas, como já falei antes, não podia voltar lá por algum tempo. Fiquei então muito interessado nesse tema da Unilab e começamos a discutir as primeiras ideias para sua implantação. A Unilab tem hoje seis cursos de graduação. Desde a inauguração se pensou que ela deveria ter um curso de medicina, porque, tanto para o interior do Nordeste quanto para os países da África, há necessidade de formar médicos, não só do ponto de vista da quantidade, mas do tipo adequado a essas realidades. Quer dizer, que tipo de médico é necessário para atuar junto às populações do sertão, aqui e naqueles países? Já na inauguração da Unilab, o presidente Lula e o governador Cid Gomes mencionaram a ideia de ter um curso de medicina; e o governo do estado se prontificou a construir um hospital, desde que a universidade quisesse montar o curso de medicina. Embora fosse uma ideia desde o início, só há dois anos esse curso de medicina se tornou um objetivo claro, com autorização do Ministério da Educação para implantação nos dois campi da Unilab, com sessenta vagas anuais cada um: aqui no Ceará, em Redenção; e em São Francisco do Conde, no Recôncavo Baiano.

Dentre os seis cursos que você referiu, havia algum da área de saúde? E por que seu interesse especial por um curso de medicina?

Carlile: A Unilab já havia iniciado um curso de enfermagem. Eu fiquei

muito interessado com a oportunidade de se fazer um novo curso de medicina. Há tempos se critica o ensino médico brasileiro e se fala da necessidade de um novo tipo de curso. Já houve a experiência da UnB, do curso experimental de medicina da USP e até aqui no Ceará, quando eu ainda era estudante, com a criação do Imep, mas foram experiências que desapareceram. Então, era uma nova oportunidade. Acho que é um sonho recorrente que eu tenho; eu tinha vivido a experiência do Imep no Ceará, a experiência da UnB em Sobradinho e em Planaltina. Era uma nova oportunidade que surgia com a Unilab, onde estavam juntos os ministérios da Saúde e da Educação, interessados num novo curso de medicina para formar um médico capaz de atuar na atenção primária e secundária, e não só na terciária, que é o grande foco do ensino médico, dos grandes hospitais e clínicas, na formação de especialistas. Por essas razões, estou trabalhando com esse projeto da Unilab desde que saí da breve passagem pela Secretaria de Saúde, no início do atual governo estadual²⁷. Já faz um ano e pouco. E coincidiu com a chegada do novo reitor, professor Tomáz²⁸, ex-reitor da UFMG, que realmente tem dado muito apoio à proposta.

Como tem sido essa experiência?

Carlile: Procuramos ver como fazer funcionar um curso de medicina nessa nova linha. A primeira coisa seria a integração com os municípios, porque um curso de medicina em que o aluno trabalha na atenção primária tem que estar muito integrado com os municípios. Em agosto do ano passado, conseguimos reunir todos os prefeitos dos municípios da região de Baturité com o reitor. Foi animador para os prefeitos ouvir do reitor a confirmação da criação de um curso realmente dirigido para o atendimento daquelas populações. Enfim, os filhos da terra, de pequenas cidades que estudam em

escolas públicas, teriam uma chance maior de fazer um curso de medicina, pois é praticamente impossível o filho de um agricultor competir nas escolas das capitais. Esse trabalho está caminhando muito bem. Já temos o primeiro professor concursado, um cirurgião que atuará em tempo integral no hospital regional; e vai coordenar uma residência para formação de especialistas em cirurgia. Será o primeiro hospital da região que se torna um hospital escola, o hospital de Aracoíaba. O projeto da universidade conta com apoio dos municípios, do governo do estado, da Escola de Saúde Pública do Estado. Outro hospital regional, que atende a área materno-infantil, fica em Baturité. A definição desses hospitais regionais foi feita há uns 15 anos no Ceará. E esses dois foram incluídos: um é filantrópico, o de obstetrícia e pediatria, e o outro era hospital estadual que foi municipalizado, trabalha mais com clínica e cirúrgica.

Além do professor de cirurgia, como será formado o corpo docente do novo curso?

Carlile: Já temos também um professor de medicina da família, e haverá concurso até o final do ano para mais 15 professores. No decorrer de 2017, será preparada toda a estrutura para receber os estudantes da graduação e os residentes, em 2018. Uma decisão importante será a vinda de professores visitantes de países africanos, pois é preciso que o curso não seja feito só com docentes brasileiros, pois a Unilab vai formar médicos que irão para seus países de origem, na África. Inclusive, já apresentei sugestões à Unilab de dois candidatos a serem convidados para docentes ou assessores do curso médico a ser criado para alunos da comunidade lusófona: Dr. Nkanga Guimarães, angolano, e Dra. Gisele Guimarães, de Benim, um casal que conhecemos em Angola; ambos trabalharam nas Nações Unidas e têm experiência nos sistemas de saúde de vários países africanos.

Você tocou num aspecto essencial, a formação de jovens de outros países que devem retornar para seus respectivos países de origem. Como você vê essa situação em relação ao corpo docente da Unilab?

Carlile: Ainda são raros os professores de países africanos dentre os 200 docentes da Unilab, mas me parece essencial que professores daqueles países ajudem a pensar e executar esses cursos universitários. Uma questão relacionada a essa situação é que a Unilab se relaciona mais com as universidades africanas, com o setor educacional, ao passo que os sistemas de saúde estão ligados os ministérios da saúde. Uma coisa é certa: não é possível que os brasileiros pensem um bom curso para africanos; temos que pensar juntos.

Aí mora o perigo. Corremos o risco de fazer um discurso novo e praticar o costume antigo?

Carlile: Sim. Porque é difícil essa aproximação, o reconhecimento do outro. É muito melhor trabalhar com o que eu sei e o que conheço. Se não mudar isso, não acontece uma cooperação em que você tem que conhecer o outro e aprender como ajudar; e não apenas tentar ensinar aquilo que você tem na própria cabeça. Esse enfoque é muito importante, tanto para os brasileiros que vão para países africanos como para os estrangeiros que vêm para cá. Nós conhecemos muito pouco aqueles países; pensamos a África como uma coisa só; mas são 50 países muito diferentes. Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau, São Tomé, Moçambique, são realidades diferentes, com diferentes recursos, níveis de escolaridade, instituições. Temos que aprender isso tudo. Então, é preciso conhecer mais, inclusive o Brasil. Embora a gente olhe muito para dentro, a gente nem se conhece direito no próprio Brasil. É preciso conhecer mais, o Brasil e o mundo. Eu vejo a formação de pessoas em saúde e em cooperação internacional como

importante para a paz mundial. Na hora em que a gente conhece mais e entra no campo da saúde, que é um campo de aproximação, isso facilita as relações.

A Fiocruz tem um forte componente de cooperação internacional e, nos últimos anos, uma de suas prioridades tem sido apoiar o fortalecimento das instituições de saúde dos Palop²⁹. Então, seria desejável que a Fiocruz e a Unilab, que atuam respectivamente junto aos setores de saúde e de educação naqueles países, colaborassem entre si, visando fortalecer a cooperação com aqueles países, de forma articulada entre esses setores.

Carlile: Esse é um papel importante da Fiocruz Ceará, estando aqui perto da Unilab, promover e intensificar essa aproximação. Lembro quando, no início de 2015, eu assumi a Secretaria de Saúde do Estado, você³⁰ apresentou, numa reunião que tivemos com a reitora³¹ da Unilab, em Redenção, a proposta de promover a capacitação de pessoal da Fiocruz e da Unilab, bem como das universidades da CPLP³² conveniadas com a Unilab, focalizando os processos de cooperação entre os países dessa comunidade, com ênfase nos aspectos de solidariedade e dos resultados sociais dos projetos. A ideia ficou pendente algum tempo, mas começou a se concretizar mediante entendimentos entre o presidente da Fiocruz e o reitor da Unilab. O Cris³³ apoiou todo esse processo até a assinatura de um termo de cooperação entre a Fiocruz e a Unilab, em dezembro de 2015. Esse termo de cooperação não ficou restrito aos aspectos inicialmente previstos, podendo incluir várias outras atividades de interesse de ambas as partes.

Quais os desdobramentos práticos já alcançados?

Carlile: O que eu relatei sobre a preparação do novo curso de medicina faz parte desse processo. Outros componentes estão em fase de

detalhamento, visando compor um plano de trabalho cuja execução depende de entendimentos e compromissos a serem assumidos não somente pela Fiocruz Ceará, mas por diversas outras unidades da Fiocruz; e, evidentemente, das várias áreas da Unilab. O Nethis, da Fiocruz Brasília, já realizou um seminário aqui em Fortaleza, com participação da Unilab, e tem a previsão de oferecer um curso de EaD a partir de 2017.

Seu depoimento neste capítulo voltou-se, propositalmente, para a experiência na implantação da Fiocruz Ceará e na assessoria à Unilab. Aparentemente, um tema bem diverso do enfoque centrado no agente de saúde, evidente nos capítulos anteriores. O que nos diz sobre essa diversidade? Seria uma mudança de percurso, ou a busca de novas trilhas, novos achados e novos ganhos?

Carlile: De forma nenhuma seria uma mudança de percurso, porque nossa ligação com os agentes de saúde continua a ocupar boa parte de nosso tempo, de nossa atenção, de nossos esforços até hoje. Quanto ao envolvimento com a Fiocruz e a Unilab, nem seria propriamente uma novidade, pois, de certo modo, poderia ser considerado um retorno aos vínculos com as atividades de ensino e pesquisa, tanto na UFC como na UnB, nos idos de 1960 e 1970. Se a gente reparar direito, no fundo as coisas não são tão diversas: nessa reflexão, relembro a frase de Martins Filho, que entendia bem desse assunto, pois criou três universidades no Ceará: a Universidade Federal, a Universidade do Cariri e a Universidade de Sobral, que são estaduais. É frase de grande sabedoria, porque a universidade é você aproveitar o conhecimento que a humanidade acumulou e aplicar na prática local e regional, como ele dizia: “do universal pelo regional para o universal”. A partir do estudo local, das pesquisas, você faz contribuições para o universal; e também aproveita

a experiência universal, que está acumulada, para trabalhar com os problemas regionais ou locais. E sempre alguma coisa nova vai surgir, e não surge só para aplicação local, mas para se juntar ao conhecimento universal. A nossa experiência com o agente de saúde, que nasceu de necessidades muito locais, foi orientada pelo conhecimento universal, e está sendo aproveitada de muitas formas, em diversos lugares, conforme as particularidades de nosso país e, agora, de mais outro país, Angola - tenho notícias de que a Política Nacional de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (PNADECOS) será lançada em breve pelo governo angolano³⁴. Para nós, foi uma notícia realmente gratificante. Enfim, respondendo a questão, a semelhança que eu vejo entre todos esses temas é como o saber, a pesquisa, a inovação, podem ajudar a melhorar a vida das pessoas. Portanto, acho que o percurso mantém o mesmo sentido, mas, reconheço que sempre surgem novas possibilidades de achados e ganhos.

Compromisso primeiro
com a saúde pública
[Posfácio]

O leitor deve ter percebido que essa excursão memorial apresenta o formato de uma trilogia. O primeiro ato corresponde aos quatro primeiros capítulos, que revivem a saga dos sanitaristas de Jucás no seu próprio país, a partir do final da década de 1950: do sertão de Jucás até Brasília, o retorno ao Ceará e a atuação na política de saúde. O quinto capítulo se refere à experiência de consultoria internacional, inicialmente em um município da capital de Angola, em 2007, desdobrada numa segunda fase junto ao Ministério da Saúde daquele país, sete anos depois. O tema recorrente nesses dois andamentos transparece eloquente na fala de Carlile sobre o saldo mais expressivo de sua trajetória ao lado de Miria: “O agente de saúde é o que ficou de mais efetivo, de mais duradouro [...] Foi um grande achado e talvez o melhor dos ganhos”. O terceiro ato, revisitado no capítulo final, corresponde a duas experiências aparentemente bem diferentes das anteriores: a participação na implantação de uma nova unidade de ensino e pesquisa em saúde pública, a Fiocruz Ceará; e a colaboração na implantação de um curso de medicina de uma nova universidade federal sediada no Ceará, a Unilab.

O caleidoscópio desse percurso memorial, realçado no resumo em forma de uma trilogia que distingue dois objetos aparentemente distantes entre si, torna-se compreensível no correr da leitura, que revela a motivação dos sanitaristas de Jucás girando em torno da esperança de que as pessoas não mais “precisassem de farinha com rapadura dada para não morrer de fome”. A coerência e a sinergia entre os dois primeiros e o último ato da trilogia se estampa no depoimento final: “a semelhança que eu vejo entre todos esses temas é como o saber, a pesquisa, a inovação podem ajudar a melhorar a vida das pessoas”.

Ao falar de sua gestão como prefeito de Jucás, Carlile faz uma apreciação mais ampla, tanto em relação ao período em foco como a respeito das mudanças na conjuntura estadual e do país. Esse detalhe é valioso para compreender a translação desse ator que incorporava outras personas, de forma interligada no tempo, à função transitória de alcaide sertanejo. A cronologia é demonstrativa: ao criar o programa de agentes de saúde em Jucás no início dos anos 1980 e, ao agregar médico e enfermeiro a essas equipes logo no início da gestão, o prefeito de Jucás torna-se pioneiro na implantação de políticas municipais difundidas em todo o estado do Ceará e, subsequentemente, no conjunto do país, com a implantação do PACS e do PSF, acondicionadas atualmente sob a designação de Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

O diálogo com os sanitaristas de Jucás reforça a crença na formulação e implantação de políticas públicas emanadas da coletividade. Tem esse sentido o reconhecimento da premiação do UNICEF ao povo do Ceará, ligada ao sucesso na redução da mortalidade infantil, mediante implantação de um sistema de saúde pública de baixo custo e alta eficiência, com destaque para a participação do agente de saúde. Ao ser questionado sobre protagonismo nesse

processo, Carlile é enfático: “[...] o UNICEF não premiou o Governo. A homenagem foi ao povo do Ceará. O esforço não foi apenas dos agentes de saúde e da Secretaria de Saúde, foi da sociedade, das mães que foram aos centros de saúde vacinar as crianças e procurar o pré-natal. Foi, realmente, um grande esforço coletivo. Uma das coisas que sempre me preocupou muito foi que isso não ficasse caracterizado como um trabalho de uma ou outra pessoa. Era necessário que todos se envolvessem e assumissem o trabalho”.

Os sanitaristas de Jucás não são dados a inventar a roda. Saem em busca de quem sabe dos assuntos que lhes interessam para aprender como resolvê-los. Estudam o ambiente e as características humanas e sociais em torno dos desafios que assumem. Reúnem, congregam os interessados e, só então, definem conjuntamente as metas e o que dever ser feito. Assim, contam com gente, equipe, companheiros capazes de fazer andar projetos, de forma participativa e comprometida. Nesse processo, atuam sempre em admirável sintonia, especialmente quando o assunto é o agente de saúde. Trechos das entrevistas são reveladores dessa sinergia do casal, quando são questionados sobre a expansão do projeto dos agentes de saúde para além de Jucás e Iguatu. As respostas de Carlile são lacônicas, ao passo que Miria comenta detalhes que revelam a riqueza da experiência, demonstrando uma empolgação que se percebe reprimida no estilo de comunicação de seu companheiro.

Os protagonistas da história registrada neste livro demonstram clareza na sua atuação política, ao adotá-la subordinada a um objetivo que não se restringe a uma determinada agremiação partidária. É o que diz Carlile sobre sua motivação para abandonar o PMDB (opção única para aqueles que, à época, eram contra a ditadura militar) e migrar (na Nova República) para um novo partido que parecia “mais coerente e mais relacionado com o projeto que tínhamos para a

saúde pública do Ceará. E tenho a convicção que nosso grupo da saúde deu um toque importante para o PSDB no Estado, ao reforçar seu lado social. [...]. E fizemos uma aliança valiosa e duradoura”. Deixa clara a fidelidade ao compromisso primeiro com a saúde pública, embora ele mesmo ressalve “que não teria sucesso se não tivesse vinculação partidária”.

As impressões dos que interpelaram os protagonistas das memórias aqui relatadas não devem alongar-se, pois se os prefácios raramente são lidos, conforme reconhecido na abertura do livro, talvez quase nunca o sejam os posfácios. Preocupados com essa condenação, os autores decidiram deixar de lado várias impressões que gostariam de registrar.

Contudo, antes de assinalar o ponto final, vale mencionar a expressão de Cecília Donnangelo, “Há os que são autores e há os que são atores”, recordada por Agenor Alvares* ao se incluir na segunda opção. Seguramente, podemos dizer que os sanitaristas de Jucás são atores, despreocupados de escrever sobre suas próprias experiências. Essa referência é um gancho para retomar o comentário final do prefácio, sobre a expectativa de que este livro convoque os leitores para a reflexão sobre um modo de construir políticas de saúde: vivendo, aprendendo e fazendo. Por isso nos dispusemos a recuperar, sistematizar e divulgar esses modos e esses fazeres.

José Paranaguá de Santana
Janete Lima de Castro

* SILVA, José Agenor Alvares da. *Do socialismo catrumano para o planalto*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, 2015.

Iconografia



Carlile à época da formatura em medicina (Fortaleza/CE, 1964)



Reunião com as lideranças de Planaltina (DF, 1975)



Carlile com os amigos médicos, Albino Magalhães e Paranaguá Santana (Brasília, entre 1975 e 1978)

Carlile e Miria em visita a um centro de formação de auxiliar de saúde na região da Amazônia Venezuelana (Venezuela, 1975)





Reunião com o governador Tasso Jereissati (esquerda) com a presença do subsecretário César Forte em (Fortaleza/CE, 1987)

Carlile, secretário de saúde do Estado, na campanha de vacinação, com distribuição de um milhão de cartões de vacina para todas as crianças cearenses.

Nas campanhas anteriores anotava-se apenas o número de crianças vacinadas (Fortaleza/CE, 1987)





Carlile, em sua residência, atendendo a um paciente (Jucás/CE, 1986)



Carlile, secretário de saúde do Estado, na campanha de vacinação, com distribuição de um milhão de cartões de vacina para todas as crianças cearenses. Nas campanhas anteriores anotava-se apenas o número de crianças vacinadas (Fortaleza/CE, 1987)



Carlile, secretário de saúde do Estado, na campanha de vacinação, com distribuição de um milhão de cartões de vacina para todas as crianças cearenses. Nas campanhas anteriores anotava-se apenas o número de crianças vacinadas (Fortaleza/CE, 1987)



Carlile, vice-presidente do Conselho Nacional dos secretários municipais de Saúde (CONASEMS), em reunião com os secretários municipais de saúde do Maranhão (São Luís/MA, 1990)



Carlile representando os prefeitos do Ceará em audiência pública no plenário da Câmara Federal discutindo o problema da seca no Nordeste (Brasília/DF, 1993)



Reunião com prefeitos do Nordeste preparando a audiência na Câmara Federal (Brasília/DF, 1993)



Carlile na época em que era prefeito de Jucás (Jucás/CE, 1994)



Miria e Carlile na missa de formatura da filha Luciola, acompanhados pelos pais de Carlile, Cândido Lavor e Luciola Lavor (Fortaleza/CE, 1995)

Carlile, prefeito de Jucás e presidente da Associação dos Municípios do Ceará, em encontro com prefeitos do Nordeste (Fortaleza/CE, 1995)





Conclusão da barragem autossustentável com soleira móvel (trilhos e tábuas) no Rio Jaguaribe - projeto de Hypérides Macêdo e Ivan Macêdo (Jucás/CE, 1996)

Carlile, prefeito de Jucás, recebendo do secretário estadual de Educação, Antenor Naspoline, o prêmio de melhor trabalho na Educação no Teatro José de Alencar. Também na foto, o secretário estadual de saúde, Anastácio Queiroz (Fortaleza/CE 1996)





Carlile e Miria, na alegria do dever cumprido no final do mandato de prefeito (Jucás/CE, anos 1990)



1ª MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
22 a 25 de novembro de 1999 – Centro de Convenções – Brasília-DF

Carlile é convidado a abrir a Primeira Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família no Ministério da Saúde (Brasília/DF, 1999)



Miria no encerramento da formação da primeira turma de Agentes de Saúde em Cacuaco (Luanda, 2007)



Reunião com a médica Catarina Oatanha, a enfermeira Ana Isabel da Direção Provincial de Saúde e técnicos de enfermagem formadores dos agentes de saúde (Luanda, 2007)



Agentes de Saúde que iniciaram o trabalho em Cacuaco, com dois supervisores (Luanda, 2007)



Carlile com os agentes de saúde em visita ao Centro de Saúde de Kicolo - Cacuaco (Luanda, 2007)



Miria na área rural da província de Huambo, no planalto central de Angola (2014)



Carlile com o Soba da comunidade na província de Huambo (Angola, 2014)



Visita a uma família na província de Huambo (Angola, 2014)



Carlile visita ao hospital da província de Huambo, acompanhado da médica Maria José, do diretor do Hospital e de uma parteira tradicional que integra o atendimento ao parto (Angola, 2014)

Notas

Ajustando a rota

- 1 Presidentes do Brasil: Juscelino Kubitschek (1956-1961); Jânio Quadros (1961, de janeiro a agosto); João Goulart (1961-1964).
- 2 Conjunto de propostas de reformas destinadas a enfrentar as grandes desigualdades sociais e econômicas do país, adotado como plataforma de governo no conturbado mandato do presidente João Goulart.
- 3 Joaquim Eduardo Alencar, professor de parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, foi fundador e diretor do IMEP/UFC até 1964, quando foi afastado do cargo pelo governo militar. Disponível em: <<http://historiadamedicina-ma.blogspot.com.br/2012/12/centenario-de-joaquim-eduardo-alencar.html>>.
- 4 Samuel Barnsley Pessoa. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/cseb_21_samuel_pessoa.pdf>.
- 5 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, órgão do Ministério da Educação dedicado à política de formação de docentes do ensino universitário.
- 6 Antero Coelho Neto, à época professor de cirurgia da Faculdade de Medicina da UFC.
- 7 Manoel Mateus Ventura, à época diretor do Instituto de Química da Universidade Federal do Ceará.
- 8 Fase do ciclo de estudos que na nomenclatura educacional atual corresponde às quatro últimas séries do primeiro grau do ensino fundamental.
- 9 Cidadão de Jucás radicado em Fortaleza, engenheiro da Rede Ferroviária Federal (RFFSA) e professor da Faculdade de Engenharia da UFC.
- 10 Em homenagem ao patriarca da família, pai adotivo dos pais de Carlile, Cândido e Lucíola Lavor.
- 11 Hospital do Ministério da Saúde, especializado em tuberculose, sediado no município do mesmo nome, vizinho de Fortaleza. Atualmente, sob gestão municipal como hospital geral.
- 12 Congresso da Federação das Sociedades Brasileiras de Tuberculose e Doenças Respiratórias, entidade que veio a constituir, a partir de 1978, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, mediante integração com a Sociedade Brasileira de Pneumologia.
- 13 Deputado Federal pelo Ceará por dois mandatos, de 1963 a 1971.

- 14 Antero Coelho Neto, citado anteriormente, nesse momento integrava a equipe de implantação do curso de medicina da Universidade de Brasília.
- 15 Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS), implantada mediante convênio entre a UnB e a Fundação Hospitalar do DF, nessa cidade satélite do Distrito Federal, como campo de prática do novo curso de medicina da UnB, situada na Asa Norte do Plano Piloto - Brasília.
- 16 Designação popular do Instituto Central de Ciências (ICC), o prédio que se destaca no Campus da UnB, em razão de sua forma longa e arqueada, marca da arquitetura de Oscar Niemeyer.
- 17 Planaltina é uma Cidade Satélite do Distrito Federal, situada a cerca de 40 quilômetros de Brasília e a 20 quilômetros ao norte de Sobradinho.
- 18 Frederico Simões Barbosa, nessa época diretor da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB), estava empenhado na implantação de uma Região Docente-Assistencial, formando um cone a partir do campus Darcy Ribeiro da UnB, passando por Sobradinho e Planaltina, no DF, e incluindo municípios contíguos de Goiás e Minas Gerais, parte da chamada Área de Influência Direta de Brasília. Para maiores detalhes a respeito, consultar: Barbosa, F. S.; CARVALHO, A. G.; LAVOR, C. H.; SANTANA, J. P. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. *Educación Médica*, v. 11, p. 26-38, 1977.
- 19 Átila Gomes Carvalho, à época diretor do Centro de Saúde de Planaltina, onde implantou um programa pioneiro de saúde pública, com ênfase na saúde materno-infantil e no controle de doenças evitáveis por imunização. Entusiasta da Região Docente-Assistencial proposta pelo diretor da faculdade da UnB, apoiou decisivamente a articulação institucional entre a universidade e o Governo do Distrito Federal para implantação do Projeto Planaltina.
- 20 Em 1974, o Centro de Saúde fora transferido para o prédio recém-construído do Hospital Regional de Sobradinho, o qual permaneceu sob a direção de Átila Gomes de Carvalho.
- 21 Para informações detalhadas sobre o Projeto Planaltina, consultar: SANTANA, J. P. *Estudo sobre atenção à saúde infantil no Projeto Planaltina*. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília) - Brasília, UnB, 1980.
BARBOSA, F. S. Programa integrado de saúde comunitária: uma história de caso. Planaltina, DF: [s.n.], 1981. 56p.

- 22 O programa de Residência em Medicina Comunitária do Projeto Planaltina funcionou entre 1976 e 1978. No ano seguinte, foram interrompidas todas as atividades do Projeto Planaltina, por determinação do Reitor da Universidade de Brasília, em razão de desentendimentos com o Professor Frederico Simões Barbosa sobre a condução do referido projeto. Tal alegação não foi explicitada, como de hábito, no clima de autoritarismo então vigente.
- 23 Projeto implantado na gestão do governador Waldemar de Alcântara (1978-79), penúltimo governador do Ceará durante o regime militar. Foi professor e um dos fundadores da Faculdade de Medicina da UFC. O coordenador desse concurso, Lúcio Alcântara, também médico, veio a ser governador do Ceará (2003-2007).

Seguindo a trilha

- 1 Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, autarquia instituída em 1971, vinculada ao então Ministério do Trabalho e Previdência Social, para execução do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural que, dentre outros benefícios sociais, garantiu a assistência à saúde desse segmento da população brasileira. Esse componente do Programa foi incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, extinta com a criação do SUS, cuja estrutura foi transferida para o Ministério da Saúde.
- 3 2º Congresso Paulista de Saúde Pública e 1º Congresso Nacional da ABRASCO, realização conjunta da Associação Paulista de Saúde Pública e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em São Paulo, no período de 17 a 21 de abril de 1983, com o tema central Política Nacional de Saúde.
- 4 Zuleica Portella de Albuquerque, pediatra e especialista em nutrição, que integrava a equipe docente da UnB e, posteriormente, foi assessora do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde.
- 5 Diretas Já era o slogan da campanha pela eleição direta para presidente da República, desencadeada no bojo das eleições diretas dos governadores estaduais, em novembro de 1982. A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 05/1983, apresentada pelo deputado federal Dante de Oliveira, de Mato Grosso, embora não tenha sido aprovada, tornou-se o referencial desse movimento civil, que obteve vitória parcial em janeiro de 2005, com a eleição de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral.
- 6 Paulo Marcelo Martins Rodrigues (1933-1989), professor da Faculdade de Medicina da UFC, clínico de grande prestígio, veio a ser homenageado com o nome da Escola de Saúde Pública do Ceará. À época, presidente do Centro Médico Cearense, atualmente Associação Médica Cearense.
- 7 Apelido de Gonzaga Mota, eleito governador do Ceará na gestão 1983-1987, com apoio dos “coronéis” - epíteto que designava os grupos políticos liderados por militares que detiveram o poder governamental no Ceará a partir do golpe militar de 1964. No início de seu governo, rompeu essas alianças e apoiou o candidato Tasso Jereissati nas eleições de 1986.

- 8 Referência ao coronel Adauto Bezerra, que fora o apoio mais importante na eleição de Totó para o Governo do Estado em 1982.
- 9 Tasso Jereissati, capitaneando importante agrupamento de interesses no Estado do Ceará com a redemocratização em 1985, foi eleito governador nos mandatos de 1987-1991, 1995-1999 e 1999-2002, sendo atualmente senador.
- 10 Secretário de Saúde do Estado do Ceará no período de 20/04/1988 a 02/04/1990.
- 11 Secretário de Saúde do Estado do Ceará no período de 20/04/1990 a 15/04/1991.
- 12 Fundação do Desenvolvimento Administrativo, órgão vinculado ao Governo do Estado de São Paulo, foi contratada pelo Governo do Estado do Ceará para apoiar a reestruturação de todas as suas secretarias e demais órgãos administrativos.
- 13 Criado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) desencadeou a integração entre as secretarias estaduais de saúde e as superintendências do INAMPS. Essa foi uma estratégia política chave para a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituinte de 2008.
- 14 Referência à proposta aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.
- 15 Aprece - Associação dos Municípios do Estado do Ceará. Disponível em: <<http://aprece.org.br/>>.
- 16 Corresponde ao atual Ensino Médio (ou Segundo Grau).
- 17 Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) - atual Fundeb. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/fundeb>>.
- 18 Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- 19 Depoimento gravado em 2003.
- 20 SILVA, Anamaria Cavalcante e. *Evolução da saúde da criança no Ceará: um retrato de dois momentos, 1987 e 1994*. 1998. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 1998.
- 21 SILVA, Anamaria Cavalcante. *Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999. v. 1. 272p.

- 22 MINAYO, M. C., D'ELIA, J. C., SVITONE, E. *Programa agentes de saúde no Ceará: estudo de caso*. Fortaleza: UNICEF, 1990. 60p.
- 23 Prêmio Maurice Pate, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), concedido ao Estado do Ceará em 1993.
- 24 TENDLER, Judith. *Bom governo nos trópicos: uma visão crítica*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 1998.
- 25 A publicação do livro de Judith Tendler ocorreu bem depois do Prêmio Maurice Pate, mas suas pesquisas foram iniciadas em 1992.
- 26 Apelido de Francisca Andrade, autora do livro elaborado com base em sua dissertação de mestrado na Escola de Saúde Pública do Ceará: ANDRADE, F.M.O. *O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: [s. n], 1998. 220p.
- 27 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - instituído a partir de 1990, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde; posteriormente, foi incorporado ao PSF (Programa de Saúde da Família), atualmente designado Estratégia de Saúde da Família. Daí advém a interpretação que o PACS deu origem ao PSF.

Achados e ganhos

- 1 Reforma política estabelecida criada pelo regime militar implantado em 1964, instituindo o bipartidarismo obrigatório através da Aliança Renovadora Nacional, a ARENA, como o partido do Governo, e o Movimento Democrático Brasileiro, o MDB, que congregava as correntes políticas de oposição.
- 2 Professor da Faculdade de Medicina da UFC, do laboratório de microbiologia e imunologia, onde Carlile foi monitor durante os últimos três anos do curso.
- 3 Já citado no primeiro capítulo deste livro.
- 4 Antonio Martins Filho, fundador da Universidade Federal do Ceará (UFC), cunhou esta frase como seu lema institucional. Disponível em: <<http://www.ufc.br/a-universidade/conheca-a-ufc/60-lema-missao-visao-e-compromisso>>.
- 5 SILVA, Anamaria Cavalcante. *Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999. v. 1. 272 p.
- 6 ANDRADE, F.M.O. *O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: [s. n], 1998. 220p.
- 7 Depoimento gravado em 2003.
- 8 LAVOR, Miria Campos et. al. (Org.). *Manual do auxiliar de saúde*. Planaltina: Programa Integrado de Saúde Comunitária & Fundação do Serviço Social-DF, 1976. 40 p.

O agente de saúde

- 1 A referência corresponde às equipes do Projeto de Saúde Comunitária de Planaltina: os professores da UnB; os assistentes sociais do Centro de Desenvolvimento Social; os profissionais do Hospital Regional; e os agentes comunitários de saúde.
- 2 O “médico de pés descalços” da China, muito noticiada no Brasil na década de 1970, como parte do processo de abertura daquele país para o exterior; e também em razão da política difundida intensamente na época pela OMS e UNICEF sobre Atenção Primária em Saúde.
- 3 O auxiliar do “médico de família” do sistema de saúde de Cuba, após a revolução socialista.
- 4 Bolsa de viagem propiciada pelo Projeto Planaltina, com financiamento da Fundação Kellogs, com o objetivo de conhecer projetos financiados por aquela fundação em países latino-americanos. Eram programas de integração docente-assistencial, que adotavam a proposta da medicina comunitária, com a participação de pessoal auxiliar de saúde ou agentes comunitários atuando articuladamente com as equipes institucionais de saúde. No Brasil, esses projetos vieram a constituir, em meados dos anos 1980, a Rede Unida (<http://www.redeunida.org.br/>), cuja implantação também contou com apoio daquela fundação.
- 5 LAVOR, Miria Campos et. al. (Org.). *Manual do auxiliar de saúde*. Planaltina: Programa Integrado de Saúde Comunitária & Fundação do Serviço Social-DF, 1976. 40 p.
- 6 Adriana Forti, médica endocrinologista, de quem o então candidato a governador era cliente, fazia parte do grupo de saúde da campanha.
- 7 O grupo de trabalho que atuou na seleção e implantação dos agentes de saúde, durante todo o período de expansão do projeto (1987 a 1996), foi formado por Miria Lavor, Graça Barreto, Sonia Regina Miranda da Mota e Rosélia Mesquita, assistentes sociais; Inês Amaral, Jarina Martins e Vilane Araújo, enfermeiras; Francisca Maria Sousa Bento, socióloga; Mary Silveira e Laura Santiago, tecnólogas de saneamento; Maria Rodrigues, apoio administrativo; e Mozailsom, motorista. A coordenação coube, inicialmente, a Miria Lavor e, posteriormente, a Inês Amaral e Graça Barreto.
- 8 Ennio Svitone Cufino, naquele momento, era consultor e, posteriormente, coordenou o escritório do UNICEF no Ceará, de 1994 a 1997.

- 9 Nome do Palácio do Governo do Ceará, usualmente utilizado como referência ao poder político do Governador.
- 10 Ratifica-se com a leitura do livro *Bom governo nos trópicos: uma visão crítica*, de Judith Tendler.
- 11 Depoimento gravado em 2003.
- 12 SIPACS - Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- 13 SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, implantado em 1998, em substituição ao SIPACS.
- 14 Luiz Odorico Monteiro de Andrade, à época, era secretário de saúde do município de Sobral, Ceará.
- 15 Tendo em vista que essa discussão sobre o futuro da formação dos agentes de saúde ocorreu em meados de 2003, convém lembrar que essa experiência piloto desencadeou o interesse da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, em relação à proposta de um Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.
- 16 Componente do Projeto Tempo de Avançar, da Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará. Disponível em: <www.cee.ce.gov.br/phocadownload/pareceres-2000/PAR1151.2000.doc>.
- 17 Depoimento gravado em 2003.

Do sertão para o outro lado do mar

- 1 Defenders of Children Second International Colloquium Mayors - UNICEF - Mexico 05/07/1993.
- 2 Bruce Bartholow Duncan, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- 3 Catarina Oatanha, médica angolana, chefe do serviço de saúde em Cacucaco, durante a primeira estadia de Carlile e Miria em Luanda (2007) e que, no segundo período (2014), trabalhava no escritório do UNICEF.
- 4 Domingos Diniz Jacinto.
- 5 Antônio Eduardo Pascoal.
- 6 Camila Giugliani, professora de Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação da UFRS.
- 7 Documentos disponíveis em:
 - 1 - Angola com Agente: <<https://www.youtube.com/watch?v=4Un0JzFV9M>>.
 - 2 - Community health workers programme in Luanda, Angola: an evaluation of the implementation process. Camila Giugliani, Bruce Duncan, Erno Harzheim, Antonio Carlile Holanda Lavor, Míria Campos Lavor, Márcia Maria Tavares Machado, Maria Idalice Barbosa, Vera Joana Bornstein, Ana Lúcia Pontese Daniela Riva Knauth. Dez/2014. Springer.
 - 3 - Health and Health Care of Mothers and Children in a Suburban Area of Luanda, Angola. Humbwavali JB, Giugliani C, Duncan BB, Harzheim E, Lavor AC, Lavor MC, Barbosa MI, Thomas PB, Hauser L. J. Community Health, 2013 Dec 27.
- 8 Maria Idalice Silva Barbosa, atualmente consultora da Escola de Saúde Pública do Ceará, doutora em Saúde Coletiva.
- 9 Vanira Matos Pessoa, atualmente, pesquisadora em saúde pública da Fiocruz/CE.
- 10 Unilab - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira.
- 11 José Vieira Dias Van-Dúnem, licenciado em medicina pela Universidade Agostinho Neto, vice-ministro da Saúde para a área da Saúde Pública em 2007, tendo assumido o cargo de ministro da Saúde a partir de 2008.
- 12 A pergunta se reporta aos relatos sobre esse período no capítulo Ajustando a rota.

- 13 Opas - Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde - OMS.
- 14 James P. Grant (1922-1995), terceiro diretor executivo do UNICEF (1980-1995).
- 15 Em momentos anteriores, Carlile ressalta a importância do agente de saúde para a redução da mortalidade infantil, como marca de gestão na Secretaria de Saúde do Ceará, na prefeitura de Jucás e como titular das associações estaduais de secretarias municipais de saúde e de prefeitos municipais do Estado do Ceará.
- 16 Já citado no capítulo “Seguindo a trilha”.
- 17 Nkanga Guimarães, médico angolano, consultor do UNICEF em seu próprio país (citado anteriormente por Carlile).
- 18 Diniz e Pascoal, já citados anteriormente, tornaram-se enfermeiros e criaram uma escola de técnicos em enfermagem.

Novas trilhas, achados e ganhos

- 1 Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de saúde de Fortaleza.
- 2 Cid Ferreira Gomes, governador do Ceará (2007-2015).
- 3 Projeto de expansão nacional da Fiocruz, desencadeado na gestão do presidente Paulo Marchiori Buss, visando à instalação de cinco novas unidades descentralizadas no país.
- 4 Paulo Ernani Gadelha Vieira, pesquisador titular da Fiocruz, à época vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho, e coordenador do projeto de expansão nacional. Em 2010, foi eleito presidente, e reeleito em 2014.
- 5 Carlos Augusto Grabois Gadelha, analista em C&T da Fiocruz, à época vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde e, a seguir, secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.
- 6 Rivaldo Venâncio da Cunha, especialista em C&T da Fiocruz e professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Coordenou a implantação da nova unidade da Fiocruz naquele Estado.
- 7 Renorbio - Rede Nordeste de Biotecnologia. Disponível em: <<http://www.renorbio.org.br/portal/renorbio.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- 8 RENASF - Criada em 2009, a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família “tem como finalidade fomentar a pesquisa e o ensino do tema de Saúde da Família e temas correlatos, para tal, dedica-se à produção de conhecimento e desenvolvimento de atividades de ensino em nível de pós-graduação”. Disponível em: <<http://renasf.fiocruz.br/>>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- 9 ADECE - Agência de Desenvolvimento do Estado do Ceará.
- 10 Joaquim Eduardo de Alencar. Citado no primeiro capítulo desse livro.
- 11 IOC - Instituto Oswaldo Cruz, da Fiocruz, sediado em Manguinhos, no Rio de Janeiro.
- 12 LACEN-CE - Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Ceará, integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB).
- 13 Conforme matéria divulgada na página eletrônica da Agência de Desenvolvimento do Estado do Ceará (ADECE): <<http://www.adece.ce.gov.br/index.php/polo-industrial-e-tecnologico-da-saude>>. Acesso em: 13. ago. 2016.
- 14 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

- 15 Fernando Ferreira Carneiro, pesquisador e atual diretor da Fiocruz Ceará.
- 16 Unifor - Universidade de Fortaleza, instituição privada concebida pelo industrial Edson Queiroz, voltada para atuar no processo de desenvolvimento da região.
- 17 Farmanguinhos - Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz.
- 18 Bio-Manguinhos - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fiocruz.
- 19 Ver a matéria divulgada na página eletrônica de Bio-Manguinhos sobre seu novo Centro Tecnológico de Plataformas Vegetais: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/home/crescimento-institucional/campus-eusebio-ce>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- 20 Ver a nota 8 deste capítulo.
- 21 Mitermayer Galvão dos Reis, pesquisador titular e ex-diretor da Fiocruz-BA.
- 22 O PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao/pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- 23 CDTs - “O Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde da Fiocruz é um órgão catalisador e acelerador de processos de inovação na área de saúde. É o interlocutor que estimula a conexão entre a geração de conhecimento básico, tecnologia e produção. Existimos para facilitar a comunicação entre a academia e a indústria, com objetivo de fortalecer o Sistema Nacional de Inovação (SNI) do Brasil assim como, atender a população”. Disponível em: <<https://www.cdts.fiocruz.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- 24 Carlos Medicis Morel, coordenador do CDTs.
- 25 Já citada anteriormente: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
- 26 Foi presidente do Comitê de Implantação da Unilab (2008-2010) e assumiu, em 2010, sua reitoria.
- 27 Carlile ocupou o cargo de Secretário de Estado da Saúde pela segunda vez, no início do atual governo (janeiro a abril de 2015). Nesse período, continuou apoiando o projeto da Fiocruz Ceará, para onde retornou ao se desligar do cargo.
- 28 Tomás Aroldo da Mota Santos tornou-se reitor *pro tempore* da Unilab a partir de 16 de março de 2015.

- 29 Palop - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.
- 30 Carlile dirigia-se a um dos interlocutores, José Paranaguá de Santana, assessor de relações internacionais da Fiocruz na Diretoria de Brasília e coordenador do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz).
- 31 Nilma Lino Gomes assumiu a reitoria da Unilab em abril de 2013 e, em dezembro de 2014, foi nomeada ministra da Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial.
- 32 CPLP, Comunidade de Países de Língua Portuguesa.
- 33 Cris - Centro de Relações Internacionais em Saúde da Presidência da Fiocruz.
- 34 Ver notícia divulgada no Jornal de Angola: <http://m.jornaldeangola.sapo.ao/inicio/politica/posto_de_agente_comunitario_auxilia_a_saude_e_o_saneamento_1#fotos>. Acesso em: 13 ago. 2016.

© José Paranaguá de Santana / Janete Lima de Castro, 2016

Editora: Marize Castro

Produção gráfica e editorial: Una

Editoração eletrônica: Alessandro Amaral

Revisão ortográfica e gramatical: Andreia Braz

Foto da capa: Panorama da cidade de Jucás

Acervo fotográfico: Carlile e Miria Lavor (exceto a foto em que Carlile está na varanda de sua casa, em Jucás, atendendo a um paciente. Essa foto foi cedida por Judith Tandler)

Catálogo da publicação na fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede.

Catálogo: Margareth Régia de Lára Menezes - CRB15/337

Santana, José Paranaguá

Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde [recurso eletrônico]:
entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor /
José Paranaguá de Santana, Janete Lima de Castro. - Natal, RN: Una,
2016.

143 p. : il. (Seminares ; n.3)

Modos de acesso: www.bioeticaediplomacia.org
www.observatoriorh.ufrn.br

ISBN 978-85-60036-27-1

1. Saúde pública. 2. Sanitaristas. 3. Agentes comunitários de saúde.
4. Lavor, Antonio Carlile Holanda - Entrevistas. 5. Lavor, Miria Campos -
Entrevistas. I. Castro, Janete Lima de. II. Título. III. Série.

RN/UF/BCZM

CDD 610

CDU 614



unanatal@gmail.com