

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

Armando Martinho Bardou Raggio

**DO APIAÍ AO PARANOÁ:**  
“arrodar é com as águas”!

Memorial descritivo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo como requisito para obtenção do título de Doutor por Notório Saber em Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

Brasília  
2015

### Ficha Catalográfica

610

Do APIAÍ ao PARANOÁ: “arrodar é com as águas”! / Raggio,  
Armando Martinho Bardou. – Brasília - DF, 2015.  
261 f. il:

Orientadora: Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

Memorial descritivo – Escola Fiocruz de Governo.  
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde,  
Brasília, 2015.

1. Apiaí ao Paranoá. 2. Saúde Primária. 3. Paraná Mais Saúde.  
4. Endemias Surtos e Epidemias  
I. Raggio, Armando Martinho Bardou. II. Título.

CDD R142d

Armando Martinho Bardou Raggio

**DO APIAÍ AO PARANOÁ:**  
“arrodar é com as águas”!

Memorial descritivo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo como requisito para obtenção do título de Doutor por Notório Saber em Políticas Públicas em Saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. João Batista de Sousa  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Agenor Álvares da Silva  
Ministério da Saúde

Prof. Dr. José Geraldo de Souza Júnior  
Universidade de Brasília

Profª. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá  
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Paulo Capel Narvai  
Universidade de São Paulo

**Membros Suplentes**

Prof. Dr. Edgard Merchan-Hamann  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Gerson Oliveira Penna  
Fundação Oswaldo Cruz

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as criaturas,  
Que encontrei e continuo encontrando.

Neste meu caminho das águas,

A montante e a jusante,

Nos remansos e corredeiras,

Nas secas ou nas águas,

Nos poços e cachoeiras,

Nos amores e desamores,

Que me ensinaram paixão e compaixão

E ainda me ensinarão!

### **Agradecimento especial**

À minha orientadora

Profa. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá.

### **Aos Membros da Banca Examinadora**

Prof. Dr. João Batista de Sousa

Prof. Dr. José Agenor Alvares da Silva

Prof. Dr. José Geraldo de Souza Júnior

Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

### **Aos Membros Suplentes**

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Prof. Dr. Gerson Oliveira Penna

À Cássia Pereira das Chagas,

Ao Amadeu Soares Correa e ao Demétrius Reis de Carvalho

pelo trabalho de formatação e revisão deste Memorial.

## **Dedicatória**

Dedico este Memorial

Com todas minhas presenças e ausências, lacunas ou falhas:

### **A minha companheira**

Nathalie Beghin.

### **A montante**

A Martinho e Paulina, Armando e Ilza

A José Maria e Lygia  
*(in memoriam)*

**&**

### **A jusante**

Aos que gerei com a Nadia

Ao Bruno, ao Felipe, à Isabel e à Ana,

Às suas companhias Marianne, Roberta, Rafael e André!

E aos seus rebentos

Que me avoaram ou me avoarão

Ligia, Rudá e Órion

E aos que hão de vir!

**&**

Aos com quem ou por quem trabalhei, trabalho e trabalharei

Gaúchos e Caipiras, Sertanejos, Caboclos e Caiçaras, Candangos e Cerratenses!

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal Paraná, 1990 a 2003 .....	109
Gráfico 2 - Coeficientes de Mortalidade Infantil no Estado do Paraná. Região Sul e Brasil, 1990 a 2003 .....	110
Gráfico 3 – Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos do Estado do Paraná, 1996 a 2003.....	111

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os noivos Ligia e José .....	19
Figura 2 - Armando no alto da porteira .....	20
Figura 3 - Apiaí Guaçu, entre Buri e Paranapanema .....	22
Figura 4 - Ponte Alves Lima, sobre o rio Paranapanema, SP-PR .....	23
Figura 5 - Universidade Federal do Paraná .....	27
Figura 6 - Cataratas do Iguaçu .....	28
Figura 7 - A Lição de Anatomia do Dr. Tulp, Rembrandt, 1632 .....	29
Figura 8 - Agostinho Saldanha de Loyola, Delegado Federal de Saúde. 1979 .....	32
Figura 9 - Sede própria da US Vila São Pedro, Curitiba - PR, 1992-1994 .....	35
Figura 10 - Vila Nossa Senhora da Luz, Curitiba - PR. 1967.....	36
Figura 11 - David Capistrano da Costa Filho .....	39
Figura 12 - Silvo Miranda, o 'médico do Postinho' .....	42
Figura 13 - Apresentação do soro homólogo antirrábico humano a Jaime Lerner .....	54
Figura 14 - Alojamento conjunto na Maternidade Luiz Fernando C. O. Braga .....	55
Figura 15 - Rio São Francisco .....	66
Figura 16 - Ponte da Estrada de Ferro, Rio Itajaí Açú, Blumenau-SC .....	73
Figura 17 - Cidade de Atalanta - SC Bacia do Rio Itajaí Açú .....	88
Figura 18 - Presidente Itamar Franco, firmou o Dec. 1232 de 30 de agosto de 1994 .....	89
Figura 19 - Moisés Paciornick, Ginástica Caigangue .....	107
Figura 20 - Luiz Fernando Cajado Oliveira Braga .....	112
Figura 21 - Plano Diretor de Regionalização .....	117
Figura 22 - Adib Domingos Jatene, Ministro da Saúde 1992, 1995 e 1996 .....	118

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos. Curitiba, 1977-1982 .....	77
Tabela 2 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos, algumas capitais no Brasil – 1980.....	78
Tabela 3 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos, alguns países – 1980 .....	78
Tabela 4 - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil por 1000 nascidos vivos, Curitiba - 1979 a 2014 .....	79



## **LISTA DE SIGLAS**

1ª EXPOEPI: Primeira Exposição de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia

2ª EXPOEPI: Segunda Exposição de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia

ACI: Agência de Cooperação Internacional

ADITEPP: Associação Difusora de Tecnologia Educacional e Projetos Pedagógicos

AI5: Ato Institucional Nº 5

AIS: Ações Integradas em Saúde

AMMEPAR: Associação de Municípios do Médio Paranapanema

ANA: Agência Nacional de Águas

APASEMS: Associação Paranaense de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e à Infância

APS: Atenção Primária à Saúde

ARENA: Aliança Renovadora Nacional

CAPS AD III: Centro de Atenção Psico Social Anti Drogas Tipo III

CAPS i: Centro de Atenção Psico Social Infanto-juvenil

CBVEs: Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica

CDAs: Conselho de Diretórios Acadêmicos

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CEBEMO: Organização Católica de Cooperação e Desenvolvimento/Holanda

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEDRHUS: Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

CEME: Central de Medicamentos

CEMEPAR: Central de Medicamentos do Paraná

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIC: Cidade Industrial de Curitiba

CIDS: Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNE: Centro Nacional de Epidemiologia

COAPES: Contrato Organizativo da Administração Pública em Ensino e Saúde

COHAB-CT Companhia de Habitação de Curitiba

COLSAN-PR: Sociedade Beneficente de Coleta de Sangue do Paraná

CONARES: Conselho de Representantes do Estados do CONASEMS

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONSUNI: Conselho Universitário

COPEL: Companhia Paranaense de Energia

COSEMS-PR: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná

CPA: Centro de Pronto Atendimento do HUB

CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CPPI: Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos

CSN: Companhia Siderúrgica Nacional

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DCE: Diretório Central de Estudantes

DDS: Departamento de Desenvolvimento Social

DFID-UK: Department For International Development – United kingdom

EAD: Ensino a Distância

EAPSUS: Escola de Aperfeiçoamento para o SUS

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECFMG: Educational Commission For Foreing Medical Graduates

EIA: Estudo de Impacto Ambiental

ELETROSUL: Eletrosul Centrais Elétricas S.A.

**EMATER-PR: Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Paraná**

ESCS: Escola Superior de Ciências da Saúde

ETESB: escola Técnica de Saúde de Brasília

EUA: Estados Unidos da América do Norte

FAS: Fundação de Ação Social de Curitiba

FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social/Caixa Econômica Federal

FCE: Faculdade da Ceilândia da UnB

FEMPAR: Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da saúde

FM: Faculdade de Medicina da UnB

FREI: Fundação de Recuperação do Indigente de Curitiba, depois FAS

FS: Faculdade de Saúde da UnB

FUNPAR: Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, da Tecnologia e da Cultura

FURB: Fundação Universidade Regional de Blumenau

GEPACI: Grupo de Estudos e Pesquisas e Atenção ao Câncer Infantil

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

HC: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HEMEPAR: Centro de Hemoterapia e Hematologia do Paraná

HMME: Hospital Mental de Medicina Especializada de Sorocaba

HPJA: Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias de Sorocaba

HPTL: Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima de Sorocaba

HUB: Hospital Universitário de Brasília

IAFAB: Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBPT: Instituto de Biologia e Pesquisas tecnológicas do Paraná

ICA: Instituto da Criança e do Adolescente do HUB/UnB

IDB: Indicadores e Dados Básicos da RIPS

IESC: Integração Ensino Serviço Comunidade

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INAN: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IPARDES: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPEA: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

IPPUC: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

LACEN: Laboratório Central do Estado

LOGOS: Empresa de Engenharia de Projetos...

LPB: Laboratório de Pesquisas Biológicas

MDB: Movimento Democrático Brasileiro

MPOG: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MRE: Ministério da Relações Exteriores

NOAS 01/2001: Norma Operacional da Atenção à Saúde de 2001

NOAS 01/2002: Norma Operacional da Atenção à Saúde de 2002

NOB 01/91: Norma Operacional Básica Número 01 de 1991

NOB 01/93: Norma Operacional Básica Número 01 de 1993

NOB 01/96: Norma Operacional Básica Número 01 de 1996

OCML: Organização de Combate Marxista Leninista

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAB: Piso de Atenção Básica

PAC: Programa de Aceleração do Crescimento

PAM: Posto de Assistência Médica

PC do B: Partido Comunista do Brasil

PDR: Plano de Desenvolvimento Regional

PDT: Partido Democrático Trabalhista

PDVC: Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz

PEC: Programa de Extensão de Cobertura

PGASS: Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMDB: Partido do Movimento Democrático Brasileiro

POA: Plano Operativo Anual

POLOP: Política Operária

PP: Partido Popular

PPA: Plano Pluri Anual

PPI: Programação Pactuada e Integrada

PPP: Parceria Público Privada

PREV-SAÚDE: Programa Nacional de Cuidados Básicos de Saúde

PRÓ-RURAL: Programa de Apoio ao

PUC-PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RAPS: rede de Atenção Psico Social

REFORSUS: Projeto Reforço à Reorganização do SUS

RENAME: relação Nacional de Medicamentos

RIMA: Relatório de Impacto Ambiental

RIPSA: Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RPA: Recibo de Pagamento Autônomo

SAMDU: Serviço de Atenção Médica Domiciliar de Urgência

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SANEPAR: Companhia de Saneamento do Paraná

SBOT: sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

SESA: Secretaria de Estado da Saúde

SESB: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SIATE: Sistema Integrado de Atenção ao Trauma e à Emergência

SIM: Sistema de Informações de Mortalidade

SINASC: Sistema de Informações de Nascidos vivos

SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIS: Sistema de Informações em Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SNPES: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde

SOS HUB: Socorro Hospital Universitário de Brasília

SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUCEN: Superintendência de Controle de Endemias

SUDENE: Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUDS: Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SVO: Serviço de Verificação de Óbitos

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

SVS/MS: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

TAC: Termo de Ajustamento de Conduta

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TCS: Transporte Coletivo de Sorocaba

TECPAR: Instituto de Tecnologia do Paraná

UBS: Unidade Básica de Saúde

FUEL: Fundação Universidade Estadual de Londrina

UEM: Universidade Estadual de Maringá

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UFPR: Universidade Federal do Paraná

UGP: Unidade de Gestão de Projeto

UnB: Universidade de Brasília

UNESP: Universidade Estadual de São Paulo Júlio de Mesquita Filho

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNICEF: United Nations Children's Fund / Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

UNIMED: Unimed Curitiba Cooperativa de Trabalho Médico

UNIRES: Universidade Integrada da Região Sul

UNISO: Universidade de Sorocaba

UNOESTE: Universidade do Oeste do Paraná

UNOPAR: Universidade do Norte do Paraná

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UPH: Unidade Pré Hospitalar

URV: Unidade Real de Valor

USAID: United States Agency For International Development / Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## **DO APIAÍ AO PARANOÁ:** “arrodar é com as águas”!

Armando Martinho Bardou Raggio

“Quando sopram os ventos da mudança, umas  
pessoas levantam barreiras, outras constroem  
moinhos...”

**Érico Veríssimo**



Armando com o filho Bruno e seu filho Rudá nos braços, o filho Felipe com a sobrinha Ligia no colo, filha de Isabel atrás de Felipe, a filha Ana à direita de Isabel e a nora Marianne à esquerda, o sobrinho Vitor atrás de Isabel, em frente a seu pai Antônio, o Ninica, irmão, e a esposa Neusa, cunhada, mais o irmão Achiles, o Senté, entre Neusa e Ana.  
Natal de 2012, antecipado para ir tomar posse em Sorocaba!

## SUMÁRIO

<b>1 DO APIAÍ AO PARANOÁ: O CAMINHO DAS ÁGUAS</b> .....	19
1.1 Do Apiaí ao Itapetininga .....	24
<b>2 DO ITAPETININGA AO IGUAÇU</b> .....	27
2.1 Da Medicina Preventiva à Atenção Primária à saúde.....	30
2.2 O Posto Médico Comunitário da Vila São Pedro .....	34
2.3 Do Programa Nacional de Serviços Básicos às Ações Integradas de Saúde.....	44
2.4 Do Iguaçu ao Paraná! .....	49
2.5 Das Ações Integradas ao Sistema Único Descentralizado de Saúde .....	56
2.6 Revisitando Berlinguer: o direito à saúde .....	59
2.7 A saúde achada na rua? .....	61
2.8 Estudos de Impacto Ambiental de Segredo e Itaparica .....	63
2.9 Do Iguaçu ao Tietê e ao Paraíba do Sul .....	67
2.10 Do Iguaçu ao Itajaí Açu .....	71
2.11 Nascer em Curitiba Vale a Vida! .....	76
2.12 O Paradoxo de Atlanta .....	86
2.13 O Decreto Fundo a Fundo .....	88
2.14 A Farmácia Básica Curitibana .....	89
2.15 Saúde da Família e Comunidade .....	90
<b>3 DO IGUAÇU AO PARANÁ, DE NOVO</b> .....	93
3.1 Paraná, caminho das águas .....	96
3.2 Paraná Mais Saúde .....	98
3.3 Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde .....	101
3.4 O Protegendo a Vida! .....	103
3.5 Mortalidade Infantil e Materna .....	109
3.6 Atenção ao trauma, às urgências e emergências .....	112
3.7 Normas Operacionais Básicas .....	115
3.8 A CPMF para a saúde .....	117



3.9 A demissão do Ministro Jatene .....	118
3.10 Instalação do Piso de Atenção Básica.....	120
3.11 Consórcio Paraná Saúde .....	121
3.12 Paraná ingressa na Gestão Plena! .....	123
3.13 Rede de Hospitais Comunitários .....	125
3.14 O Novo Laboratório Central .....	126
3.15 Controle do Câncer do Colo Uterino .....	127
<b>4 ENDEMIAS, SURTOS E EPIDEMIAS.....</b>	<b>129</b>
4.1 A erradicação da varíola! .....	129
4.2 Controle da Rubéola Congênita.....	130
4.3 Sarampo na Região Metropolitana .....	130
4.4 Cólera em Paranaguá: um inimigo do povo? .....	132
4.5 Hantavirose em União da Vitória .....	135
4.6 Febre amarela no Oeste.....	136
4.7 Malária em São Miguel do Iguaçu .....	137
4.8 Diarreia em Antonina .....	137
4.9 Toxoplasmose em Santa Isabel do Ivaí.....	138
4.10 Hanseníase, Tuberculose e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida? .....	138
<b>5 DO PARANÁ AO PARANOÁ .....</b>	<b>142</b>
5.1 Projeto Reforçando Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades .....	142
5.2 Economia da Saúde, o que é isto? .....	145
5.3 Relação com as Universidades.....	153
5.4 Porque o SUS nasceu aqui! .....	156
5.5 São José dos Pinhais, uma recaída? .....	161
5.6 Hospital Universitário de Brasília, uma Encruzilhada.....	168
5.7 Sorocaba, outra Recaída?! .....	173
5.7.1 Regionalização, habilitação para coordenadores e descentralização de especialidades .....	176
5.7.2 Sistema saúde escola e residências em saúde .....	181
5.7.3 Saúde mental e desinstitucionalização de moradores dos hospitais psiquiátricos .....	182

5.8 Engenharia da Saúde.....	189
5.9 Viva Brasília! .....	191
5.10 Universalidade, ainda que tardia. ....	191
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	193
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	195
<b>ANEXO A</b> – Apresentação Memorial .....	211
<b>ANEXO B</b> – Fotos da Apresentação .....	224
<b>ANEXO C</b> – Da Universidade Federal do Paraná à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde .....	230
<b>ANEXO D</b> – Dos bisavós Antonio Marcos e Ana Isabel aos netos Ligia, Rudá e Órion .....	250
<b>ANEXO E</b> – Referências do Glossário .....	261

## 1 - Do Apiaí ao Paranoá: o caminho das águas

Caso é este encontro  
Entre o tempo e o espaço  
Mais do que um sonho que eu conto  
Ou mais um poema que eu faço (!)

Paulo Leminski

Tudo é água. Tales de Mileto (1), o primeiro filósofo, já afirmara há 2500 anos! Nossa vida se inicia imersa em água, que nos leva para o mundo, assim como um curso d'água vai ao mar, seja curto, ou seja, longo. Se for longo poderá ser sinuoso, em meandros: se for curto, poderá ir direto ao mar, correndo tudo, em crise... E quando houver salto ou cachoeira, a água toda poderá despencar de uma vez só, o rio inteiro. A queda pode ser tal que a água nem chegue lá embaixo, se perca na atmosfera e vire névoa, como sereno, envolvendo tudo.

Meu caminho não é longo, nem curto, mas espero ser longevo para dar uma volta ao mundo, uma só, ainda que tarde, sem ficar plantado, também sem desembestar, mas, melhor que eu vire névoa, se a queda é inexorável...

Tive a sorte de vir nascer em Itapetininga, no meio do cerrado paulista de campos magros, terras de cultura só nas derrubadas e na beira dos rios. Vim nascer caipira, descendente de portugueses, franceses, italianos e catalães, miscigenados em Uruguaiana e Pelotas, no Rio Grande do Sul!

**Figura 1** - Os noivos Ligia e José Maria



Pelotas - RS, 1946.

**Figura 2** - Armando no alto da porteira



Fazenda São José do Lajeado, 1951

Itapetininga é o nome de um município no sudoeste de São Paulo e do único rio que o corta inteiro, que significa pedra enxuta ou laje seca em Guarani. Há outra versão de que o nome deveria ser Tapetininga, caminho seco, como de fato faz sentido. Desde então venho buscando o caminho das águas!

Meus pais, José Maria e Lygia, meu irmão Achilles e eu fomos os primeiros a sair da sede da Fazenda São José do Lajeado, propriedade adquirida por nosso avô Martinho Raggio Barbará no município de Paranapanema, Comarca de Avaré-SP.

O pai e a mãe decidiram morar no Apiaí, num rancho de pau-a-pique de uma família agregada que se mudara para a vila mais próxima, a Campina do Monte Alegre. Nesse rancho conhecemos o bicho barbeiro, a chupança, que é nada mais que o vetor da doença de Chagas, cuja sintomatologia se manifestou em meu pai anos mais tarde, sem nunca apresentar a reação Machado Guerreiro positiva para o diagnóstico, sintomas que acabaram por matá-lo aos 56 anos, quando já havia me formado médico. Toda vez que ouvia dele com a mão no peito: ‘o potro tá corcoveando’ era mais uma crise de arritmia, algumas muito severas, um episódio superado por eletrocardioversão, até a derradeira em sua casa, no dia 10 de abril de 1979.

Na casa de pau-a-pique e chão batido irregular, meu irmão que mal começara a andar com apenas um ano de idade, regrediu por algum tempo até reaprender. O pai fazia suas obrigações

na fazenda e vinha ‘pra’ casa arrumar portas e janelas, aplainar o chão, enfim, adaptar o rancho em que viveríamos por alguns anos. E ele fez bancos de tábuas muito bons, mas na medida para adultos, que Achilles não alcançava ‘pra’ se sentar e pedia ajuda: quero ‘senté’ mãe, quero ‘senté’ pai... ‘Senté’ ficou sendo seu apelido: mano ‘Senté’, o tio ‘Senté’!

Antes de ir para o trabalho, o pai buscava água no rio ‘pra’ passarmos o dia, uma viagem de dois baldes grandes e de volta da fazenda rachava lenha ‘pro’ fogão ou cortava folhas dos coqueiros ‘pra’ alimentar os animais no inverno seco do Cerrado.

O rio Apiaí desemboca no principal, o caudaloso rio Paranapanema, ora profundo e silencioso, ora superficial e turbulento como no ‘Bufão’, cuja corredeira ouvíamos de casa, calada para sempre anos depois pelas águas represadas no barramento de Jurumirim, salto pequeno e a primeira das 11 hidrelétricas instaladas pela Companhia de Energia de São Paulo ao longo do seu curso de 930 quilômetros até a foz no rio Paraná.

Apiaí quer dizer “rio dos meninos” segundo os dicionários brasileiros de Tupi-Guarani, mas, para os paraguaios que falam Guarani desde sempre, Apiaí significa ‘pinto pequeno’, o que não deixa de ser relativo aos meninos!

“Você tem saudade do seu tempo de menino, Riobaldo? Tenho não. Tinha saudade nenhuma. O que eu queria era ser menino, mas agora, naquela hora, se eu pudesse possível. [...] Vida devia de ser como na sala do teatro, cada um inteiro, fazendo com forte gosto seu papel, desempenho. Era o que eu acho, é o que eu achava”. (2)

Desde lá, embora tenha cruzado o Equador, o Atlântico, os Andes e o Pacífico, algumas vezes, sempre volto para o cerrado, esse bioma que abrange todas as regiões do país, de norte a sul e de leste a oeste.

Não sabíamos todo o significado da palavra que compõe o nome do rio principal e daquele município, Paranapanema, antigo Bom Sucesso. Paraná quer dizer um rio grande como o oceano, e panema, o que seria? Consta que, em Tupi-Guarani, panema faz o papel de sufixo negativo, como ‘imprestável’ ou ‘sem valor’. O que havia por lá para que se conformasse este nome, algum mal ou incômodo que desconhecíamos, qualquer que fosse? Afinal o rio Paranapanema é indene até hoje, de águas limpas, mesmo num estado ‘progressista’ como São Paulo, onde a poluição campeia.

Qual seria a característica negativa à qual os indígenas se referiam? A pouca navegabilidade ou a escassez de peixes – o que não devia ser porque meu pai e seu compadre Otávio Gomes

tarrafeavam sacos de cascudos na corredeira do ‘Bufão’ em noites de lua - a doença de Chagas que talvez tenha afetado o pai ou mesmo a malária que acometeria nossa mãe?

Dona Lygia teve maleita morando naquelas paragens do Apiaí e do Paranapanema, uma febre que ia e vinha com delírios imensos, só alcançando diagnóstico e tratamento, no Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo.

**Figura 3** - Apiaí Guaçu, entre Buri e Paranapanema.



Nossos primeiros habitantes sempre deram nomes muito descritivos, como Paranapiacaba que quer dizer o lugar de onde se avista o oceano e, de fato, quem já esteve na cidade do mesmo nome pode admirar a baixada santista serra abaixo e a beleza do litoral recortado pelo mar.

Da serra de Paranapiacaba nascem os rios Ribeira de Iguape, que segue direto para o Atlântico e o rio Paranapanema que corre para oeste até desembocar no rio Paraná, dividindo os estados de São Paulo e Paraná, a partir de Chavantes – SP<sup>1</sup>, na margem direita e Ribeirão Claro - PR na margem esquerda, o primeiro município que me honraria com título de cidadão, quando secretário de saúde do Paraná.

---

<sup>1</sup>Município desmembrado de Santa Cruz do Rio Pardo em 1922, denominado como a estação da Estrada de Ferro Sorocabana, alusão aos indígenas que habitavam a região. A grafia com “Ch” em vez de “X” foi adotada em 1982, que persiste a revel da norma.

**Figura 4** - Ponte Alves Lima, sobre o rio Paranapanema, SP-PR.



O povoado original de Ribeirão Claro se chamava Maria Ferreira e ficava às margens do rio, até que uma doença febril matasse centenas de pessoas, provocando a retirada dos habitantes para o ponto mais alto do território, o Taquaral, onde não havia banhado e tampouco mosquitos... Só então me ‘caiu a ficha’: Paranapanema deve significar o rio da ruindade, da terçã ou da quartã maligna da maleita ainda endêmica, mesmo abaixo do Paralelo 23S, entre o tropical e o temperado. Um rio como se fosse um trópico, o Trópico de Capricórnio demarcando uma fronteira entre biomas/climas distintos, limite de epidemiologias diversas que se interpenetram até hoje!

O rio, além de servir como divisa entre São Paulo e Paraná, fronteira entre o tropical e o temperado, vai alimentando a geração de energia elétrica desde Jurumirim, passando por Piraju – peixe dourado, Paranapanema, Chavantes, Ourinhos, Salto Grande, Canoas II, Canoas I, Capivara, Taquaruçu - taquara grande - e Rosana, até o Paraná, que o leva ao rio da Prata e ao Atlântico Sul.

Aos 7 anos incompletos fui morar de pensão para fazer o Grupo Escolar na sede do município onde ficava a fazenda do meu avô Martinho, a apenas 42 quilômetros, sete léguas de estrada de chão, uma légua por hora, a pé, a cavalo ou de charrete. Sete horas de viagem, pelo menos, com uma trégua no meio do caminho, ao cruzar o rio Santa Helena, também tributário do principal, para o *Abrojo*, nosso fiel condutor, tordilho como um carrapicho, e para minha mãe, meu irmão Achiles e eu. Na volta de Paranapanema a mãe parava na sede da Fazenda Santa Cruz, a convite de Dona Euclídia e Seo Julião Bezerra Dantas, potiguar de Caicó-RN, que se casara com a herdeira daquelas terras. Ela admirava os gaúchos, mas tinha vontade mesmo de ficar com

aquele gauchinho tão bonito, meu irmão, que saía de lá emburrado, dizendo ‘pra’ mãe que não era gato nem cachorro, não queria ser dado ‘pra’ criar!

Ao fim do quarto ano primário eu havia alcançado ‘100 com louvor’ e morado no hotel do Del Poço e na casa do ‘Seo’ Amador, no primeiro ano, na casa do ‘Seo’ Dominginhos e Dona Maricota no segundo ano, na casa do ‘Seo’ Antônio Biscoito no terceiro ano e de novo com ‘Seo’ Dominginhos, Dona Maricota e suas filhas Galvani, Alice e Seres com quem concluí o quarto ano na mesma turma. Foi a família que melhor me acolheu, como depois a meu irmão Achiles e meus primos, João Batista e Ricardo.

Para continuar os estudos eu teria que ir ‘pra’ outra cidade, pois lá não havia quinta série e tampouco o curso ginásial. Em 1960, Dona Lygia me levaria outra vez a morar de pensão, então em Itapetininga, onde eu havia nascido, a 70 quilômetros da fazenda, para onde iríamos de charrete até tomar o trem na estação Engenheiro Hermilo do ramal de Itararé, Estrada de Ferro Sorocabana.

### **1.1 - Do Apiaí ao Itapetininga**

Em janeiro, dois meses antes de mudar, tive uma urgência por dor abdominal em cólica, na fossa ilíaca direita, que a mãe logo suspeitou de alguma gravidade e tocamos de charrete e depois de trem até lá. Chegamos ao fim do dia, na última consulta do médico Leo Orsi Bernardes. Ao concluir o exame físico, a mãe perguntou: apendicite doutor? Apendicite, vamos operar amanhã cedo! Voltei ‘pra’ casa convalescente, salvo do mal que matara tio Milton, o único irmão homem de minha mãe, aos 15 anos de idade na Pelotas de 1940. E quase teria matado meu irmão Achiles, com dor abdominal por vários dias, removido da casa de ‘Seo’ Dominginhos e Dona Maricota em Paranapanema, graças à destreza do ‘Seo’ Júlio, motorista da ambulância da Associação Rural de Itapetininga, que foi buscá-lo, em tempo de ser operado, a mais de cem quilômetros de estrada de macadame sob chuva torrencial, salvando-o da temida peritonite. Lygia tivera um pressentimento de que devia ir visitá-lo...

Um ano de Externato Modelo e admissão em segunda chamada para cursar o ginásio e depois o científico no Instituto Estadual de Educação Peixoto Gomide.

Vivi apenas 10 anos em Itapetininga, minha terra natal, de 1960 a 1969, morando na pensão da Dona Antônia, na Pensão Matriz da Dona Carmela, na casa da vó Paulina, no Hotel São Paulo do ‘Seo’ Romeu Pandolfo e em casa alugada em 1968 ‘pra’ eu, Achiles, de volta do internato



em Avaré e o Antônio que completara 7 anos em outubro de 1967. Ao fim de 1968, o pai vendeu a fazenda, pagou dívidas acumuladas de empréstimos agrícolas ao Banco do Brasil, comprou uma casa em Itapetininga e, finalmente, moraríamos todos juntos uma vez. Antônio nascera em 1960, na Maternidade São José, em Itapetininga, e Achilles, na Maternidade São Paulo, em São Paulo. O pai ficou na fazenda e eu acompanhei a mãe no nascimento de ambos. O Achilles me fez conhecer televisão vendo Fuzarca e Torresmo na TV Tupi em 1952, com muito chuveiro é verdade, e Antônio me fez ver o que era ‘romper a bolsa’, quando a mãe me mandou que fosse buscar uma condução mostrando a cama molhada das águas... ‘Seo’ Romeu, dono do hotel São Paulo, onde ficamos aguardando a boa hora, pediu ao delegado Doutor Bassoy, residente no hotel, que autorizasse seu motorista a nos levar no jipe da polícia até a maternidade!

Recém nascera e Antônio já seria o Ninica, apelido de Antônio Marcos Dias de Castro, o coronel Ninica, pai de nossa avó Ilza, mãe de Dona Lygia. O coronel era dono de muitas léguas de campo, cuja casa grande era o sobrado do romance de José de Alencar ‘O Gaúcho’. O sobrado que restaria como espólio adquirido pela sua neta e nossa tia Neiva e seu marido José Afonso Pizarro.

Em 1966, com 17 anos, eu repetiria o primeiro ano do científico tendo sido reprovado em Química. Mas, de fato, eu dera pouca ou nenhuma atenção à escola, matava aulas ‘pra’ jogar boliche com meu amigo José Roberto Vendramini, um stryke atrás do outro em busca da máxima pontuação - jamais alcançaríamos o campeão Wanceley Branco - ou conversando nos bancos da Avenida Peixoto Gomide ou fazendo nada mesmo!

Química geral e inorgânica, a lista de radicais mono, bi, tri, multivalentes, cálculo estequiométrico, isso tudo eu tive que aprender depois da opção por estudar Medicina, no cursinho preparatório para o vestibular já em Curitiba. Aprendi tanto que não só fui aprovado no primeiro vestibular obtendo em Química minha maior nota, como fui admitido assistente da matéria no mesmo Curso e Colégio Barddal, onde passei os seis anos de graduação em Medicina ensinando e aprendendo Química geral e inorgânica!

José Walter Dias, colega de meu primo na faculdade, era professor da matéria, e me indicou para ser aluno bolsista sob a condição de fazer todos os exames simulados, manter-me entre os 10 primeiros colocados e pagar 20% da mensalidade e, não apenas por gratidão, mas por amizade mesmo, me teria como auxiliar durante aquele ano de cursinho e a seguir seu assistente e substituto logo que ele se formasse.

No cursinho à noite, sem a pressão por lugar na sala e podendo estudar noite adentro, acordando naturalmente para estudar de manhã, fui dando conta do compromisso. Oswaldo Pfiffer Junior passou a frequentar algumas aulas à noite e fizemos amizade, ele vindo do Colégio Santo Antônio de Blumenau, conseguiu lugar na Casa do Estudante Secundarista da Paróquia Luterana na Rua Inácio Lustosa. Pedi-lhe que consultasse a casa se eu poderia ser mais um comensal e deu certo. Alguém desistira de continuar morando em Curitiba ou na casa e eu me mudei de onde fora aceito por causa de meu primo!

Permanecemos lá até que ocorreu alguma dificuldade não superável e fomos para o Hotel Vitória na Rua São Francisco, a meia quadra do Largo da Ordem. Um hotel de moradores, edificado na frente, onde habitava o dono e sua família. Os quartos de hóspedes sob meias águas laterais e um longo corredor central com banheiros de uso geral. Da sacada de sua casa o senhorio nos vigiava. Se o fizesse armado, completava-se o cenário de uma casa de detenção!

Estávamos melhor ali, sem os problemas de uma comunidade de colegiais e mais perto do centro e do Curso Barddal. Dona Gerda, mãe do Pfiffer, me adotou sem nenhuma cerimônia, reforçando as remessas dos farnéis que mandava de Blumenau... A Páscoa de 1970 passamos muito bem na casa da família Pfiffer, no bairro da Garcia em Blumenau. Oswaldo Júnior, e seus novos amigos, Lúcio e eu!

## 2 - Do Itapetininga ao Iguaçu

Em janeiro de 1970 fui para a capital tentar a vida, morar em república, trabalhar e retomar os estudos, pois interrompera o preparatório ao vestibular no Curso Luiz de Queiróz em Piracicaba. Com pedido de desculpa por deixar o pai sozinho com sua barraca de produtos gaúchos na exposição agropecuária de Avaré, homem amigo em Guarani, e por estar ali dando mais despesa do que contribuindo, tomei o ônibus direto da empresa Manoel Rodrigues, mas fiquei em São Paulo apenas até o carnaval. Voltei ‘pra’ casa então para ouvir o conselho de meu primo Artemio Prando e segui o mesmo rumo dele e do rio Paranapanema... Fui morar em Curitiba, inicialmente na Casa do Estudante, retomei o cursinho e ingressei no curso de Medicina da faculdade, depois Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, vetusta e centenária, fundada em 1912!

**Figura 5** - Universidade Federal do Paraná



Iguaçu quer dizer água grande. O rio Iguaçu se forma em Curitiba juntando caudatários de nascentes da Serra do Mar, o Atuba e o Irai, atravessa todo o estado na direção oeste e após um percurso de quase 1300 quilômetros desemboca no rio Paraná. Seu curso é rápido e impetuoso, principalmente ao penetrar no Parque Nacional de Iguaçu, quando faz fronteira com a Argentina. As Cataratas do Iguaçu formam centenas de cascatas perto da confluência, com largura superior a 4000 m, altura de 70 metros ou mais no Salto Grande de Santa Maria e um caudal médio de 1700 m<sup>3</sup>/s. O conjunto é denominado Salto Vitória, rodeado dos parques

nacionais do Brasil e da Argentina.<sup>2</sup> No caminho também vai gerando energia de salto em salto, exceto o Salto Caiacanga - cabeça de bugio - em Porto Amazonas, na região metropolitana de Curitiba. Foz do Areia, Salto Segredo, Salto Santiago, Salto Osório e Salto Caxias, são hidrelétricas construídas e exploradas pela Eletrosul ou pela Companhia Paranaense de Energia (Copel), companhias da União e do Estado, que contribuem com o equivalente à metade da geração de Itaipu Binacional.

**Figura 6 - Cataratas do Iguaçu**



Formado em 1976, busquei uma especialização em que não perdesse a visão geral da Medicina, que eu escolhera cursar, tendo perdido entusiasmo em fazer Agronomia, desde que o pai vendera a Estância 4 Rios, 850 hectares a 240 quilômetros de São Paulo, sua fração da Fazenda São José do Lajeado. E mais ainda por mudança de interesse da agropecuária para economia, política e sociologia, tendo sido presidente do Grêmio Estudantino Fernando Prestes, em 1968, ano do recrudescimento da ditadura com o famigerado AI5, e inclusive cursado o primeiro ano de Sociologia, meio presencial, na novel Universidade Integrada da Região Sul, a UNIRES, do grupo José Ozi de Itapetininga.

---

<sup>2</sup>As Cataratas do Iguaçu foram reveladas ao mundo por Rafael Cabeza de Vaca, cuja expedição às Minas de Prata, deu com os costados na confluência dos rios Iguaçu e Paraná em busca de um caminho para Assunção. Ali se encontra o Marco das Três Fronteiras: Brasil, Argentina e Paraguai.

**Figura 7** - A Lição de Anatomia do Dr. Tulp, Rembrandt, 1632



O quadro ilustrava nosso convite de formatura, 1976

Eu e meu amigo Frederico de Mattos Bastos, o Fred, que já estudava Economia na Universidade de São Paulo, considerávamos que em sendo médicos poderíamos nos dedicar às pessoas e à saúde pública, como o médico José Maria de Castro Menezes Gonçalves Bastos, seu pai e nosso guru! E o médico Genefredo Monteiro era o outro guru da nossa geração 68, militar da reforma, nos dois sentidos, da caserna e do partidão, o Partido Comunista, que viera ainda engajado para servir no destacamento do Exército na cidade e permanecera com esposa e filhos, Iara, Antônio, o Pelão também médico, Genefredo Filho e Sandner. Dois gurus, um cristão e outro ateu! E nós ficamos entre a Ação Popular, a Reforma ou a Dissidência, ou a Ala Vermelha do PC do B, à qual nos filiamos com militância no movimento estudantil.

Aprovado no internato do sexto ano, me inscrevi à residência médica em Anatomia Patológica, dentre as três especialidades gerais que cogitava: Patologia, Pediatria ou Psiquiatria. Logo no terceiro ano de residência, a apenas 30 meses da formatura, se configurou a oportunidade que me permitiria iniciar o caminho almejado da saúde pública... E lá se vão quase 40 anos!

Em 27 de janeiro de 1977, o Fred, que também mudara para Medicina, afilhado de casamento, foi nos visitar de passagem por Curitiba, comemorar o nascimento do Bruno e os 27 anos do seu nascimento! Eu começara a residência e ele ainda não havia terminado o curso na Escola Paulista, da UNIFESP, como não terminaria, matando-se logo em março... E ele se reportara a estágios em Psiquiatria e em presídios, cuidando de alienados, droga adidos e apenados... Araci grávida, a poucos meses de nascer a Camila.

Em 1979 fui convidado a compor a equipe do Departamento de Desenvolvimento Social, o DDS, o novo departamento da gestão municipal que se iniciara em março, a segunda gestão de Jaime Lerner nomeado prefeito do município de Curitiba. Pedi prazo com a ponderação de que não era especialista em Saúde Pública, mas que iria considerar... E assim foi, consultei colegas, amigos e companheiros de militância e tive apoio de todos, em especial da Nadia, então minha companheira, com quem já tínhamos dois filhos, Bruno, de janeiro de 1977 e Felipe, de dezembro de 1978.

Aceitei o convite e assumi a Diretoria de Saúde do DDS sob a direção de Luiz Carlos Cunha Zanoni, jornalista assessor do prefeito que teve a missão de instalar a nova repartição com a diretriz de implantar o Projeto Vizinhanças, uma iniciativa pioneira ao que veio ser o orçamento participativo criado em Porto Alegre pela administração então eleita, depois da ‘abertura lenta e gradual’.

Uma semana depois, Gerson Zafalon Martins, diretor clínico do Hospital Santa Tereza em Guarapuava viria me convidar para ser patologista daquele hospital, pertencente à família do nosso colega Frederico Virmond. Declinei do convite, como já havia aceitado a missão, mas sempre me refiro ao reconhecimento de que eu poderia dar conta do serviço para o qual me especializara, embora estivesse tomando o rumo que mais desejava: a saúde pública, que também nos ofereceu alguns momentos muito especiais de cooperação em política de saúde e em Bioética no Conselho Federal de Medicina.

Na Diretoria de Saúde, substituí a colega pediatra Dagmar, que foi ocupar a chefia da Unidade de Saúde Vila Leão. O cargo já fora ocupado por sanitaristas como o engenheiro Zardo, que migrara para se dedicar à educação sanitária em Mato Grosso, Ênio Luz, epidemiologista da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), depois Fundação Nacional de saúde (Funasa) e o próprio professor Coriolano, que fora diretor do Departamento de Bem-Estar Social, recém-desmembrado em Departamento de Educação e Departamento de Desenvolvimento Social.

## **2. 1 - Da Medicina Preventiva à Atenção Primária à Saúde**

O esquema da História Natural da Doença, concebido por Leavell & Clark, em 1940, define a promoção de saúde como um elemento do nível primário de atenção em medicina preventiva, de índole exclusivamente biologicista.

Em maio de 1974, o médico Marc Lalonde, então ministro da saúde do Canadá publicaria o que ficou conhecido como ‘Informe Lalonde’, De motivação política, técnica e econômica, esse seria o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde, cujos fundamentos se encontravam no conceito de ‘campo da saúde’ e os chamados ‘determinantes de saúde’. Este conceito contemplava decompor o ‘campo da saúde’ em quatro grandes componentes: a biologia humana, genética e maturação humana; o ambiente, natural e social; o estilo de vida, comportamento individual que afeta a saúde; e a organização dos serviços de saúde.

Esta abordagem de enfoque preventivista, voltada para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual e comportamental, receberia inúmeras críticas por negligenciar o contexto político, econômico e social, ‘culpabilizando as vítimas’ e responsabilizando determinados grupos sociais por seus problemas de saúde, cujas causas estão fora de sua governabilidade. O informe, mesmo assim, influenciaria as políticas sanitárias de outros países do hemisfério norte como Estados Unidos e Inglaterra, estabelecendo as bases para a conformação de um novo paradigma com a proposta da ‘Estratégia de Atenção Primária de Saúde’ (3).

Até o ano 2000, pelo menos oito conferências de promoção da saúde sucederam a primeira conferência internacional de cuidados primários de saúde, todas voltadas a indicar o novo caminho da saúde para os gestores públicos, os líderes comunitários e a sociedade em geral: a Conferência de Ottawa em 1986; a Conferência de Adelaide em 1988; a Conferência da Suécia em Sundsvall no ano de 1991; a Conferência de Bogotá em 1992; a Conferência de Port of Spain/Trinidad Tobago, em 1993; a Conferência de Djakarta em 1997; a Conferência de Genebra/Rede de Mega países, em 1998 e a Conferência do México em 2000 (4).

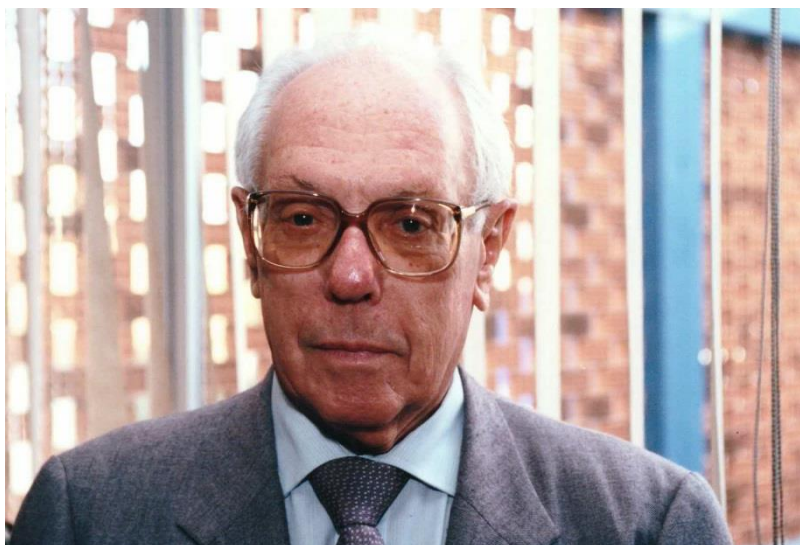
A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada de 17 a 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, aprovou a Carta de Ottawa, uma resposta no sentido de se conseguir um novo movimento de saúde pública a nível mundial, baseada no progresso da Declaração de Alma Ata, no documento da OMS "As Metas de Saúde para Todos" e num debate da Assembleia Mundial de Saúde sobre ação intersetorial para a saúde: "A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la" (4).

Nossa equipe teria a missão de implementar a Atenção Primária à Saúde, com base na propalada Declaração de Alma Ata: “Saúde para Todos no ano 2000”, extraída da primeira e única

Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma Ata, capital do Cazaquistão, uma das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978<sup>3</sup> (5).

Para tanto, trouxe reforço dos meus veteranos e colegas de turma, como também de colegas já atuantes ali na diretoria, mas também na Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social e em outras experiências municipais como Belo Horizonte, Campinas, Itapira, Lages, Londrina, Montes Claros e Niterói de onde traria contribuições. Digno de nota foi o grande apoio moral do sênior Agostinho Saldanha de Loyola, médico sanitário de carreira do Estado do Paraná, chefe da Delegacia Federal de Saúde, representante do Ministério da Saúde no Estado. Ele foi a primeira autoridade a nos visitar na Diretoria de Saúde. Reparem que passo a utilizar o plural ao escrever ‘nos visitar’, pois relatarei na primeira pessoa do plural as ações devidas ao esforço coletivo e não apenas à minha atuação.

**Figura 8** - Agostinho Saldanha de Loyola, Delegado Federal de Saúde. 1979



Curitiba contava, em 1979, com apenas 9 unidades de saúde próprias em todo o seu território para quase um milhão de habitantes: Unidade de Saúde Vila Oficinas/Centro Social Urbano Vila Oficinas,<sup>4</sup> a mais antiga, Unidade de Saúde Pilarzinho, Unidade de Saúde Bacacheri/Centro Social Urbano Eny Cladeira, Unidade de Saúde São Braz, Unidade de Saúde

---

<sup>3</sup>Em 1991 o país se tornou independente da URSS e em 1993, a cidade passou a se chamar Almaty, deixou de ser capital em 1995, substituída por Astana, que quer justamente dizer “Capital”! (5).

<sup>4</sup>Os Centros Sociais Urbanos eram financiados pelo Sistema Financeiro da Habitação/Banco Nacional de Habitação na década de 1970, como equipamentos comunitários de gestão municipal.



Atuba, Unidade de Saúde Vila Leão, Unidade de Saúde São Miguel, Unidade de Saúde Tapajós, Unidade de Saúde Uberaba de Cima e Unidade de Saúde Vila Nossa Senhora da Luz, a mais nova, todas comprometidas prioritariamente com o Programa de Saúde Escolar, uma vez que o Departamento de Bem Estar Social, dirigido pelo professor Coriolano Caldas Silveira da Motta, médico sanitário, englobava a saúde e o Programa de Suplementação Alimentar para Gestantes e Nutrizes do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), criado em 1972 e extinto em 1998 (6).

Este programa nos parecia um desvio de finalidade das unidades de saúde, dava muitos problemas de armazenamento e distribuição, infestação de roedores, os produtos venciam ou apodreciam, as pessoas burlavam o controle, tanto que compartilhávamos da ideia de outros colegas, como Luiz Cordoni, pediatra e crítico severo da distribuição de alimentos nos serviços de saúde. Ao assumirmos a gestão estadual de saúde, numa das primeiras vindas a Brasília fomos recebidos pelo secretário geral e a certa altura da conversa nos dirigimos à impropriedade da suplementação alimentar pela saúde, a que ouvimos de bate pronto do secretário: e o que as pessoas vão comer, tem outro jeito?

É, ficamos sem graça, não havia outra coisa possível na conjuntura em que vivíamos, talvez, mas o fato é que tivemos ali uma lição do secretário geral Mozart de Abreu e Lima, dentista pernambucano que sabia o que era fome, pois viera da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). “Não se atreva a criticar, se não tiver proposta melhor”. Minha primeira ‘máxima mínima’ como digo hoje... Direi outras, quem sabe?!

Havia ainda 14 consultórios odontológicos instalados em escolas municipais, que atendiam estudantes por meio do Sistema Incremental recomendado pela Fundação SESP do Ministério da Saúde (7).

Ademais, a população era atendida pelas unidades da saúde da Associação de Proteção a Maternidade e Infância Saza Lattes, APMI Saza Lattes, mais as unidades da Secretaria Estadual de Saúde e Bem-Estar Social e os postos de assistência médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na Rua Comendador Araújo, o PAM Comendador - na Avenida Marechal Floriano, o PAM Central e o PAM da Vila Hauer, o PAM do Portão - o PAM da Avenida Kennedy, instalado no prédio que fora uma maternidade e o PAM Cajurú na Avenida Affonso Camargo (7).

As unidades básicas de saúde de toda a região e do estado inteiro eram predominantemente da administração do estado, os hospitais públicos também, sob gestão da Fundação Hospitalar do

Paraná/Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, que a partir de 1980 incorporava unidades de atenção à saúde em todos os municípios, exceto suas poucas unidades próprias.

Havia uma equipe de coordenação de saúde exclusiva para Curitiba, recortada pela gestão estadual da 2ª Regional de Saúde, que compartilhava a sede na capital com a 3ª Regional de Saúde, unificadas na 2ª Regional Metropolitana de Saúde, no governo em que assumimos a gestão da secretaria de saúde!

## **2.2 - O Posto Médico Comunitário da Vila São Pedro**

Era o começo do nosso trabalho na gestão municipal com intenção e compromisso de mudar a prática de atenção à saúde em Curitiba. O que a população reivindicava sobre atenção à saúde, especialmente do governo municipal, era e ainda é assistência médica, acima de tudo. E nós considerávamos que a denominação das unidades de saúde deveria trazer esse compromisso expresso e que a equipe médica contasse com pelo menos um clínico, um pediatra e um ginecologista e obstetra, mais uma enfermeira e auxiliares de saúde polivalentes, que atendiam no posto, auxiliando na organização das agendas, nas pré-consultas, na coleta de exames, na dispensação e na aplicação das prescrições, além de fazer visitas domiciliares e reuniões com a comunidade em horários que extrapolavam o expediente muitas vezes.

Abrimos a Vila São Pedro na raça, arrastando tudo que era necessário e sem poupar energia de ninguém, a começar da equipe recém-transferida até o próprio Zanoni, nosso Diretor Geral. Ângelo Col, que veio ser o ginecologista do posto médico, atuou antes de serrote e martelo para instalar o próprio consultório. Pagávamos para ver nossa nova unidade funcionando ainda em 1979 e conseguimos! Auxiliares de saúde recrutados ali da comunidade que muito haviam feito para conquistar a atenção à saúde no bairro. Cadastramento, reuniões com todas as vilas componentes da área de abrangência, treinamento da equipe, desenho e implantação dos programas de gestantes, de crianças e de adultos. Tivemos a cooperação do movimento de saúde da comunidade, inclusive do Padre Amadeu, engajado em conquistar o bem requerido ao município, mas absolutamente dedicado a contribuir para superarmos as dificuldades. Romeu Bertol assumira a chefia na nova unidade até completarmos sua implantação. E depois a Divisão de Medicina Social, substituindo a médica Marília Tissot Sampaio, que assumiria a Unidade de Saúde Uberaba de Cima.

**Figura 9** – Sede própria da US Vila São Pedro, Curitiba – PR, 1992-1994.



Enquanto isso, a colega servidora da diretoria, responsável pela divisão correspondente às unidades de saúde, Marília Tissot Sampaio nos ajudava administrar a rede, que também demandava cuidados da nova gestão. Havia as novas unidades mais recentes, a de Uberaba de Cima, em parceria com a Faculdade Evangélica de Medicina, a FEMPAR, por interesse da disciplina de Pediatria do professor José León Zindeluck, o Zezo, e a unidade de Nossa Senhora da Luz, chefiada por um ex-diretor de saúde, Jackson Barreto, recém-instalada na vila do mesmo nome, motivo de uma refrega com a comunidade quando fui secretário municipal de saúde, que resultou na outorga do título de vulto emérito, quando era secretário estadual em 1996.

O título fora proposto pelo vereador Custódio, que denunciara minha atitude de fechar a unidade ameaçada por atos de violência, para sustar a depredação em curso e providenciar reparos. Perguntei a razão ao proponente, líder operário com base eleitoral na comunidade, ao que ele manifestou o reconhecimento do compromisso com a preservação das condições físicas e de segurança para trabalhadores e usuários, mas também porque vulto emérito é o título atribuível aos nascidos na cidade. Agradei com júbilo o duplo título, pois ganhara com seu único gesto o título de vulto emérito e de cidadão curitibano!

A Vila Nossa Senhora da Luz foi o primeiro conjunto habitacional construído pela Companhia de Habitação Popular de Curitiba, Cohab-CT, em um terreno de 800 mil m<sup>2</sup> com 2100 casas financiadas pelo Banco Nacional de Habitação do novo Sistema Financeiro de Habitação, 1700 unidades e a USAID para as 400 outras, correspondendo ao total de famílias em habitações irregulares em

Curitiba de 1960. O projeto original constava de 2 escolas, mercado, igreja, centro comunitário, unidade de saúde e uma rua comercial de 32 lojas. É um conjunto voltado para dentro, projetada para funcionar como autônoma, com ruas internas de pedestres, vias de acesso a 12 praças, a praça central e aos equipamentos. Apenas as perimetrais marcavam o contorno destinado para os automóveis, que acabaram por invadir todas as ruas. O objetivo de extinguir as favelas de Curitiba não se cumpriu. A maior parte dos cadastrados não tinha vínculo formal de emprego exigido pelo sistema. As unidades foram entregues entre novembro de 1966 e janeiro de 1967 com a Escola Nossa Senhora da Luz construída com saldo de contrato para execução das casas, cujo projeto foi premiado pelo Instituto dos Arquitetos do Brasil (IAB) como o melhor da área educacional do ano de 1967. A escola que atendia 1200 alunos em tempo parcial, hoje atende 400 em tempo integral (8).

**Figura 10** - Vila Nossa Senhora da Luz, Curitiba – PR. 1967.



E nós todos com história de alguma militância em oposição ao regime e em busca da realização de fato das tarefas de institucionalização da rede de saúde comunitária no município.

Marins e Renato Muller chefiavam, digamos assim, como dizia o Marins infinitas vezes, o Programa Incremental pela Divisão de Odontologia Social realizado até então pelos profissionais sem nenhum auxiliar, tampouco técnicos de higiene dental. Para eles, quase perfeito, intocável.

Mesmo reconhecendo a importância de uma ação programática tão bem definida, era hora de rever sua sistemática operacional, como de toda a rede de unidades ocupada prioritariamente com os escolares, grupo etário que apesar de sofrer problemas dignos de atenção, tinha como sempre tem os melhores indicadores de saúde se comparados com grupos das demais faixas etárias, exceto em saúde bucal.

Certa vez ao apresentar o que fazíamos na gestão de saúde em Curitiba, fui questionado por Regina Marsiglia, professora em saúde coletiva da Santa Casa de São Paulo, como conseguíamos fazer as mudanças em andamento, atenção odontológica por meio de clínicas simplificadas para todas as unidades escolares e as unidades básicas de saúde abertas para a comunidade em geral. Respondi a ela descrevendo a estratégia adotada, mais por intuição e talvez por falta de outra opção, que atuava por meio de reuniões com as equipes em visitas às unidades e de reuniões gerais onde se colocavam objetivos e metas alcançáveis, com vistas a otimizar os recursos disponíveis, avançando mais com equipes mais receptivas, especialmente aquelas recém instaladas. Enfim, eu disse que nós íamos arrodando, arrodando e oferecendo as condições reclamadas na medida do possível, até obter mudanças qualitativas, menos quantitativas do que seria possível, mas o que importava era a mudança, ainda que lenta. Desde então, sempre que me encontrava, Regina repetia o mantra: como vai: arredondando, arredondando?!

José Carlos Munhoz da Cunha, dentista da prefeitura mais Léo Kriger e Silvio Gevaerd, que atuavam na universidade ajudariam muito com o estímulo e o apoio às medidas de promoção e prevenção, quando adotamos bochecho de flúor em todas as escolas, peças de teatro sobre saúde e higiene bucal. Curitiba fora a primeira capital brasileira a adotar, na gestão do engenheiro Omar Sabbag, a fluoretação das águas de abastecimento público, ambas seguindo o pioneiro Baixo Gandu-ES, por iniciativa da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

Regina, Elizabeth Garzuzo e Paulo Capel, do curso de Odontologia no mesmo Setor de Ciências da Saúde da Federal, mais ou menos contemporâneos no movimento estudantil ou no núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tínhamos estabelecido em Curitiba com estudantes e profissionais interessados em debater política de saúde, também nos apoiavam de algum modo. Escrevi para a Beth dia desses e logo tive resposta:

“Oi Armando,

Escrevi alguma coisa que me veio mais forte à memória sobre o tempo em que nos conhecemos. Vou esperar mais perguntas suas para poder preencher as lacunas.

Nos conhecemos em 1978 apresentados pelo Paulo Capel, que à época era nosso aluno na Odonto. Eu me formei em 1974 e em 1977 fui para Porto Alegre fazer especialização em Odontologia Social e Preventiva e foi quando retornei que conheci o Capel nosso aluno do último ano. Num dia que não lembro mais quando exatamente, ele me convidou para participar de uma reunião no anexo B do HC. Foi quando ele me apresentou a você e ao Ziadir. Essa reunião era para falar do CEBES que estava formado no Rio e a intenção era iniciar as atividades aqui em Curitiba. Aceitei prontamente participar e fui nomeada secretária, não sei se você lembra. Vendíamos as revistas e

prestávamos contas ao Sérgio Arouca. Infelizmente não fiquei com as cartas que ele enviava imagino que entreguei a você? Assim, nosso primeiro contato foi militando por meio do CEBES.

Em 1980 teve um concurso para professor no Departamento de Saúde Comunitária estudei com o Rosinha. Fui aprovada mas ele não porque o Coriolano disse que enquanto estivesse no Departamento barbudo nenhum entrava. Você fez esse concurso também? Lembra disso?

Não participei das ações com os vestibulandos. A Regina a quem você se refere é da Odonto? Se for o sobrenome dela é Henklein. Fui caloura dela. Ela era da turma da Zita.

Quando você assumiu a Diretoria de Saúde do município me chamou para assumir a Odontologia. Eu achei que não tinha competência e indiquei o José Carlos Munhoz da Cunha, lembra disso?

Nesse período eu militava bastante na Odonto junto com o Capel, o Leo Kriger e também o Sylvio Gevaerd. Em 1983 numa iniciativa pioneira no país, realizamos o 1º Encontro de Flúor em Curitiba. Uma proposta que reuniu UFPR, Secretaria Estadual de Saúde e Sanepar. Era projeto do José Richa, então governador, fluoretar a água de abastecimento de todos os municípios do Estado. Envolvemos politicamente os órgãos responsáveis e com isso ficou firmado o compromisso. Esse encontro foi aberto a participação de profissionais de outras áreas além da Odontologia e também para a comunidade. Foi um belo encontro, mas que infelizmente não ficou registrado oficialmente na UFPR que o sediou. Na Secretaria Estadual estava o Cordoni e na coordenadoria da Odontologia o Lauro. (e eu Superintendente da Saúde!) O Capel se formou e foi para São Paulo, mas tínhamos muito contato porque foi o tempo da organização da Odontologia Social no país. Fundamos a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva e montamos congressos nacionais e internacionais.

A Zita foi professora da Escola Técnica da UFPR que é hoje o Setor de Educação Profissional e Tecnológica da UFPR. Essa escola teve origem quando em 1914 o Colégio Progresso (fundado pelo Fernando Moreira) foi doado à Universidade Federal do Paraná. Em 1990 o Colégio passa a denominar-se Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná. A Zita entrou como professora em 1992 ou 1993 quando por nossa indicação foi criado o Curso de Técnico em Higiene Dental. Era gestão do Faraco e do Mário Pederneiras na Reitoria. E, nessa época havia um entendimento entre Estado e Universidade para formar profissionais para atuação no SUS.

Atualmente a Zita está no Instituto Federal de Educação que foi desmembrado da Escola Técnica se não me falha a memória, em 2009.

Mais uma vez grata por me incluir nessa lembrança.

Saudades desse tempo tão efervescente.

Grande abraço, Beth<sup>5</sup>.

Ziadir Francisco Coutinho, estudante de medicina na Faculdade Evangélica, atuante no movimento estudantil e pioneiro, fundador do Núcleo do CEBES em Curitiba, também veio contribuir na diretoria de saúde como voluntário e estagiário por algum tempo. Nessa condição

---

<sup>5</sup>Troca de e-mail com a Elizabeth Garzuze Silva Araújo, em 17 de novembro de 2015.

ele nos ajudaria a organizar a I Semana de Atenção Primária à Saúde, quando tivemos o privilégio de contar com a presença e a energia do David, o David Capistrano da Costa Filho!

**Figura 11** - David Capistrano da Costa Filho



Quem não sabia quem era David, do seu valor, da sua raça?!  
Perguntado ele dizia que era colaborador de um periódico cultural: A Voz Operária!  
Demais, era sanitarista na Unidade de Saúde da Vila Prudente.  
Dedicação integral, não tinha feriado nem tampouco descanso remunerado.  
Se era pela saúde não tinha hora.  
Professor de Preventiva da equipe de Kurt Kloetzel em Jundiaí,  
o engenheiro que virou médico por interesse em UTI, mas que acabou parasitologista.  
Tanta a força de atração do mestre Samuel Pessoa...  
Quem não iria na conversa apaixonada pela vida em toda parte,  
Paraíba, nordestina ou uma favela bandeirante?  
E o David tão combatente protestou contra a injustiça do AI-5,  
a Kurt Kloetzel aplicado, sem mudar o resultado.  
Sucedeu-lhe quanto pode em desagravo, lecionando tão zangado, reparar a falta  
infame,  
Kurt sendo então recuperado por Pelotas de imediato.  
Defenestrado de Jundiaí David foi pra Bauru, convocado secretário de saúde.  
Tuga Angerami, prefeito em lugar do falecido Edson Gasparini.  
Convidado por Curitiba, trouxe tudo que sabia, para apostar naqueles dias de Alma  
Ata.  
E a declarar-se por saúde para todos a partir da Atenção Primária.  
Quem diria 21 anos decorridos, tanto oito já vencido,  
sem a plenitude da saúde conquistada.  
Em Bauru foi destacado seu mister em prol da vida, apesar dos colegas de jaleco  
lhe darem menos que deviam, teve a morte infantil reduzida como nunca.  
Não bastasse aos militantes dar guarida, despertou-lhe o interesse e a Maria Aparecida,  
a saúde do trabalho do peão de oficina à mão de obra volante...  
Depois veio pra Baixada, com a vitória do Partido ser secretário de novo, tanto fez  
pelos sanitaristas, que se tornou desta vez o contrário do alienista.

Machadiano, sim senhor, mas do avesso como só.  
 Acontecer, com a história ao contrário, não se repete, nem tragédia, nem comédia...  
 Interveio no manicômio Anchieta e criou o programa mais saudável da existência:  
 A Rádio Tantã, liberdade ainda que tarde pra loucura trancafiada.  
 Outra vez a medicina deu-lhe pouco o que devia,  
 mas a saúde rediviva retribui-lhe com mandato em Prima Volta.  
 O Prefeito a Beira Mar resgatou José Bonifácio, da Independência o Patriarca!  
 O que dizer de tal gesto do David, assim tão magnífico?  
 Senão mais do que alcanço, nada mais do que o avanço na história desta Pátria.  
 De uma saga militante que faz jus a cada instante...  
 Resolvendo os episódios a favor da vida infante.  
 Era tanta inquietude que fez ver a quem quisesse:  
 tanto parto natural, tão seguro e cultural.  
 É cabível não apenas, mais que tudo desejável.  
 Canoinhas, Curitiba, Rio Negrinho ou a Pauliceia...  
 Pra parir com qualidade o que interessa é o compromisso.  
 Acesso a toda técnica necessária, sem nenhuma panaceia!  
 Como Cícero digladiava sem cautela com o outro, muito menos com si próprio.  
 Vencedor argumentava sem atenuar os efeitos racionais, ou alterar seus afetos...  
 Para mais ou para menos, muito embora se estranhasse, por ligeiro ou para sempre.  
 Era o ônus que pagava para ser assim tão autêntico.  
 Afinal que lhe valia ter da vida complacência, se sabia que a morte lhe bulia,  
 desde muito com a história vitoriosa do transplante sobre a leucemia?  
 Que espera lhe restava, se a vida lhe sumia quanto  
 mais postergasse outro fígado enxertar?  
 Deu de ombros tantas vezes que o azar não lhe assombrava.  
 Desafios, desafetos, desencantos, tantos prantos, que a face lhe rolaram tantas vezes...  
 A aposta mais intrépida tanta esperança lhe traria, qualquer que fosse o desenlace!  
 O que torna cada hora decorrida desta ausência,  
 uma fonte irradiante duma vida tão presente?  
 Não haverá mais conferência, conciliábulo, que seja, que não sinta sua ausência,  
 tão enfática e eloquente, que não sinta tão autêntica sua presença.  
 De astrolábio e de sextante,  
 fez com a bússola o bastante pra navegar quando era escuro...  
 Por que não faremos luz do seu legado, que traduz da beira mar ao continente  
 este grito espontâneo em prol da vida a todo pano?!  
 Viva David, o Capistrano da Costa Filho, um Oceano!<sup>6</sup>

Logo que se formou, Ziadir foi admitido na nova Fundação de Saúde, fez o curso de Saúde Pública e se tornou chefe de Distrito Sanitário em algumas regiões, inclusive Francisco Beltrão, base política de Walter Alberto Pecoits e Euclides Girolamo Scalco, nossos apoiadores na composição do governo José Richa, eleito em oposição. Ziadir foi assessor de primeira hora de Luiz Cordoni Jr, indicado secretário de saúde para o governo que se iniciaria em março de 1983.

---

<sup>6</sup>Homenagem ao David Capistrano da Costa Filho, Armando Raggio.



De Paranaguá vieram meus veteranos Ângelo Col, Romeu Bertol, Wanda Carpanezzi, removidos por cessão funcional conquistada pelo prefeito Jaime Lerner junto ao superintendente regional do INAMPS, depois ministro da saúde, Alceni Ângelo Guerra.

Paulo Gustavo de Barros Carvalho, que também era clínico em Paranaguá, compondo o grupo que fora trabalhar no litoral, demitido pela ditadura por discriminação política, ganhou a readmissão na justiça, reintegrou-se ao INAMPS e demitiu-se em seguida para ir se dedicar à Atenção Primária à Saúde, em Itapira-SP, para onde foram Isamu Ito, Vilson Dorneles e Volnei José Morastoni, meus colegas de turma que se dirigiram em busca da nova prática em saúde comunitária, a Atenção Primária à Saúde!

Em seguida vieram Florisvaldo Fier, o Doutor Rosinha, Mário Gomes de Mello Leitão Filho, Mário Luiz Nogarolli, estes meus colegas de turma, e Juan Moreno Paz, para compor o nosso ‘exército de brancaleones’, que nos permitiram reforçar a equipe de Vila São Pedro, abrir a unidade de Santa Amélia e depois ainda o Posto Maria Polenta, que era referência de atenção às crianças ingressantes nas creches que vinham sendo instaladas em áreas sem qualquer unidade municipal de saúde. Esta unidade foi montada numa casa de madeira de propriedade da Fundação de Recuperação do Indigente, a FREI, que virou mais tarde a Fundação de Ação Social de Curitiba.

Era uma posição ao sul do centro da cidade, mais acessível à maioria das creches, que ficava na Rua Carneiro Lobo, outro nome de fábula, para receber crianças em atendimento médico e de enfermagem, que nós queríamos fosse o sincretismo do saber empírico com o sistema oficial de saúde, pois Maria Polenta não era profissional de saúde, mas arrumava lesões músculo esqueléticas e articulares das crianças, antes ou mesmo após atendimento médico por recomendação dos profissionais. Mário Leitão e Rosinha, ambos pediatras revezavam-se atendendo aqui e acompanhavam inclusive minha filha Isabel, nascida em agosto de 1980.

Rita de Cássia Esmanhoto, médica que fora atendida na infância por Maria Polenta, também colega de turma, veio participar na instalação da Unidade de Saúde Santo Inácio, de inspiração jesuíta, por convênio de parceria com a comunidade onde atuavam a Irmã Tereza Araújo, vicentina, e seus colaboradores, cuja estrutura física definitiva financiada pela Conferência dos Bispos da Holanda, CEBEMO, seria batizada com o nome de Unidade de Saúde Irmã Tereza Araújo!

Paulo Gustavo, o PG, era o mais experiente e por isso o contratamos como nosso consultor. Determinado nos ensinava APS e a mim mais tolerância, quando respondia qualquer questão

sempre com certa interjeição: ‘natural’ e impositivo, como se ação política e social fossem naturais.

Encontrei como estagiários da diretoria estudantes recrutados pela minha antecessora e os mantive todos, ampliando o programa com mais estagiários, diversificando a graduação e os referindo para atuar em diversas unidades de saúde. Desde então, procuro manter diálogo com os jovens e suas entidades, estudantes ou novos profissionais, com os quais tenho oportunidade de nutrir a gana de mudar políticas e práticas de saúde para benefício da população. Dentre tantos me recordo de Vera Piloto, que se tornou epidemiologista; Ademir Paiola, secretário de saúde de Araucária; Ana Lopes, foi para Ponta Grossa e se vinculou à saúde pública como clínica; Carlos Abel Fiorucci, médico psiquiatra, foi diretor clínico do Manicômio Judiciário do Estado, quando estabelecemos convênio entre as secretarias de justiça e de saúde para recuperar aquela unidade no governo de José Richa, a mesma que hoje ‘hospeda’ detidos da Operação Lava-jato. Gastão que seria ginecologista; Lindolfo Fernandes Júnior, poeta e historiador da saúde; Valter Abelardino da Silva, psiquiatra em Curitiba, em João Pessoa, São José dos Pinhais e Florianópolis onde faz atenção psicossocial com ‘matriciamento’ nas unidades básicas. Rosangela Scucato, enfermeira que atuou em Araucária com Ademir Paiola, na Fundação de Saúde e na secretaria de saúde de Curitiba e o Silvio Miranda, médico há mais de 30 anos que começou como estagiário da unidade de saúde Santo Inácio, hoje Irmã Tereza Araújo, o ‘médico do postinho’, conforme matéria em reconhecimento à sua dedicação e habilidades! (9).

**Figura 12** – Silvo Miranda, o ‘médico do Postinho’.



Tínhamos convicção de que a medicina bem praticada com as três especialidades básicas e auxiliares/agentes comunitários de saúde daria conta do enfrentamento do contencioso da saúde e da doença, submetido ainda hoje aos interesses do complexo médico-hospitalar-farmacêutico e dependente de múltiplos fatores extra-setoriais determinantes da saúde.

Nessa faina de fazer bem, encontrei certo dia Affonso Coelho, quase na ‘esquina das marechais’ - como dizemos lá em Curitiba - da Avenida Marechal Floriano Peixoto com a Marechal Deodoro, a uma quadra do seu laboratório próprio, um professor muito reconhecido na escola, no estado e no país, ex-residente do professor Barreto no Rio de Janeiro e ainda fizera o exame do *Board da Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)*, indo para Maryland, EUA. Secretário geral da Sociedade Brasileira de Patologia, que firmara meu título de especialista, chefe do Serviço de Anatomia Patológica, coordenador e preceptor da residência do Hospital de Clínicas, que eu havia deixado no terceiro ano, embora recomendado por ele e Marco Aurélio Cravo... O que diria eu, não fosse seu interesse em saber da minha nova atividade? Essa atitude, talvez por sua prática de ouvir, me liberou para lhe dizer, amistosamente, que estava muito feliz na minha nova empreitada: afinal, a política é a medicina em larga escala, é a saúde para todos, disse-lhe eu, reportando-me a Rudolph Virchow, o pai da moderna patologia:

“Medicina é uma ciência social, e política nada mais é que medicina em larga escala. Medicina, como uma ciência social, como a ciência dos seres humanos, tem a obrigação de detectar problemas e atentar para sua solução teórica: o político, o antropólogo prático, deve achar os meios para sua solução de fato... A ciência pela ciência normalmente nada significa senão a ciência para a satisfação daqueles que estão a buscá-la. Conhecimento que é incapaz de sustentar uma ação não é genuíno – e quão incerta é uma atividade sem compreensão. Se a medicina deseja cumprir sua grande meta, então ela deve entrar na vida política e social... Os médicos são os procuradores naturais dos pobres, e os problemas sociais poderiam ser largamente resolvidos por eles” (10).

Começávamos a atuar na comunidade fazendo um cadastro exaustivo de cada família perguntando tudo com intuito de planejar nossas ações, mas desejando demonstrar a determinação social da saúde e da doença, inclusive citando Marx como ‘certo filósofo alemão do século XIX’!

Assim mesmo, relevando nossa excessiva certeza e presumível chatice, a população se beneficiava e colaborava muito espontaneamente com a equipe e a gestão da saúde. Tanto assim que a secretaria estadual, havendo gente sem atenção alguma num estado de 200 mil Km<sup>2</sup>, resolveu construir e instalar uma unidade de saúde em Vila São Pedro, bem no limite da área

de abrangência do posto médico comunitário da prefeitura. Talvez tivesse nexos com o que então o maior jornal paranaense publicaria: “Quem tem medo da Vila São Pedro”, artigo que Luiz Fernando Nicz assim denominara em sua coluna na Gazeta do Povo.

Ainda em 1979 se realizaria no recinto da Câmara Federal, por iniciativa da Comissão de Seguridade Social e Família, o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, quando profissionais e lideranças de todo o país, tivemos oportunidade de compartilhar e debater um temário indicativo das bases em que viria se desenvolver a proposta de um novo sistema de saúde para o Brasil: universal e integral, no sentido de integrar o que jamais devia ser separado: os cidadãos, as ações de promoção, prevenção e proteção e as ações assistenciais, de reparação, cura e reabilitação.

O I Simpósio se deu sob a presidência do deputado Dario Tavares, ex-secretário de saúde de Minas Gerais, onde acontecia a experiência de Montes Claros, muito bem reportada e testemunhada por José Agenor Alvares da Silva, o socialista catrumano (11), ex-ministro e atual Secretário Executivo do Ministério da Saúde. Com a parceria de Euclides Scalco e Ubaldo Dantas em colaboração com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES foi onde assisti o debate das contradições, avanços e retrocessos da política nacional de saúde e pude ter o testemunho sobre a saga dos sanitaristas vinculados ao Ministério da Saúde com o depoimento e alguns traços biográficos de Mário Magalhães da Silveira (12).

Antônio Sérgio Silva Arouca, o intrépido Sérgio Arouca, apresentou então os fundamentos da tese defendida pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde afirmando que uma sociedade é saudável na medida em que todos os indivíduos que dela fazem parte sejam saudáveis; do contrário, privando-se um só indivíduo de viver com saúde, por discriminação da sociedade ou da natureza, onera-se a saúde de toda a coletividade.

### **2.3 - Do Programa Nacional de Serviços Básicos às Ações Integradas de Saúde**

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em negociação entre os ministérios da Previdência Social, da Saúde e outros, formulado a partir da experiência com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976, e tendo em vista alcançar a população de todo o território nacional, pois a exclusão era muito sentida e desafiadora da ordem política estabelecida, chegou a possibilitar acordos regionais como no Rio Grande do Sul, origem profissional e política de ambos os ministros, Jair Soares e Valdir Arcoverde.

A articulação do PREV-SAÚDE, então em curso, ensejou que nos atirássemos à tentativa de obter apoio para nossa proposta, elaborada pela Diretoria de Saúde com apoio decisivo do Diretor Geral do DDS, da Zélia Passos, da Ligia Pereira e da Carmem Regina Bot Ribeiro, coordenadora e técnicas da equipe de projetos sociais do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) na esteira das discussões em torno do PREV-SAÚDE: Proposta de Atuação Conjunta entre a Prefeitura Municipal de Curitiba, a Secretaria de Estado da Saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Ministério da Saúde e a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Saza Lattes (13).

Lembro-me da alegria com que compartilhei o nascimento da Isabel em 26 de agosto de 1980, com as colegas do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), que haviam realizado os estudos para a proposta de atuação conjunta visando à unificação das redes de saúde na cidade.

Acompanhei o prefeito Jaime Lerner a uma audiência com o Ministro Jair Soares, mediada por Alceni Guerra, Superintendente Regional do INAMPS no Paraná, que desejava continuar o que já vinha fazendo, apoiar oficialmente a nossa gestão municipal de saúde, como chegou a firmar acordo com o município de Londrina, onde Márcio Almeida era secretário de saúde na primeira gestão de Antônio Belinatti.

A negociação não progrediu, apesar da receptividade da Superintendência Regional do INAMPS e da equipe técnica da própria secretaria de saúde estadual sensibilizada por colegas com atuação estadual e municipal, como Alceu Pacheco Júnior e Mário Stival. Eleusis Ronconi Nazareno, médica epidemiologista na equipe central da secretaria do estado nos ajudou muito em orientação, qualificação e atuação das equipes de saúde em imunização e vigilância. Consta que não havia boa vontade da gestão estadual para com nossas iniciativas tomando a dianteira com o discurso e a prática da Atenção Primária à Saúde.

A hipótese, muito verossímil, corroborada por atitudes como a de destacar da regional de saúde metropolitana, uma equipe para cuidar das ações de saúde de Curitiba, ou ainda mais chamativa a decisão acintosa de construir e implantar uma unidade de saúde da secretaria estadual na área de abrangência do Posto Médico Comunitário da Vila São Pedro. Houve também a resposta procrastinada, mas negativa, de cessão do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, um sanatório de tratamento de tuberculose, em desativação por desnecessário uma vez que unidades de âmbito macrorregional vinham assumindo a referência hospitalar, cuja necessidade decrescia visivelmente pela adoção progressiva do tratamento ambulatorial.

Mais ainda, as clínicas odontológicas simplificadas, que vim conhecer aqui em Brasília, onde Sérgio Pereira coordenava a Saúde Bucal do Serviço Social do Comércio (SESC), onde hoje realizam estágio os formandos em odontologia da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), clínicas que nos permitiram transformar 14 consultórios convencionais orientados pelo sistema incremental clássico em 5 clínicas de referência para os estudantes das dezenas de escolas municipais, dando atenção e seguimento com manutenção adequada aos que ingressariam desde então na rede municipal de ensino. Depois de Curitiba, o Departamento de Saúde Comunitária da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), adotou a mesma estratégia, coincidência talvez, pois a lógica apontava medidas do gênero, por que não?!

Oscar Alves, médico formado em Curitiba, especialista em ginecologia e obstetrícia, com história de militância na democracia cristã e de professor e reitor da UEL, quando Ney Braga fora Ministro da Educação, veio a ser o secretário estadual de saúde, de 1979 a 1983, no segundo governo de Ney Braga, seu sogro.

Como secretário de saúde Oscar Alves tomou iniciativas importantes, desde transformar a Fundação Hospitalar em Fundação de Saúde, contratar profissionais de saúde de várias profissões para compor as equipes regionais, como estruturar a vigilância em saúde, o que lhe possibilitou, por estilo e responsabilidade, denunciar o aumento de casos de poliomielite anterior aguda na região de União da Vitória e, por conseguinte despertar a atenção do Paraná e de todo o Brasil, o que resultou em medidas de controle corretamente orientadas pelo Ministério da Saúde e pelo próprio criador da vacina, Albert Sabin. Casado com Helena, uma brasileira, ele nos honrou com sua visita e atuou efetivamente junto às equipes estaduais e à equipe nacional de epidemiologia com apoio do Ministro da Saúde Valdir Arcoverde.

Assim as crianças brasileiras, alcançariam a imunidade a uma doença endêmica e tão grave, que ao não matar, podia deixar sequelas para toda a vida - como ainda há portadores entre nós - e o secretário a notoriedade por seu feito resultante em sucessivas campanhas até logarmos a 'erradicação' da poliomielite anterior aguda.

Em 1982, Oscar Alves foi eleito deputado federal, reeleito em 1986 e depois retornou ao exercício profissional, atuando ainda como professor na Universidade do Norte do Paraná, instituição privada, da qual também foi reitor, que atua em ensino a distância (EAD) para todo o país, com base em Londrina sob a sigla UNOPAR, Universidade Norte do Paraná.

Ao encerrar a gestão em fins de fevereiro de 1983, o prefeito Jaime Lerner, num encontro com os membros das equipes que participaram do seu governo, nos disse em tom de blague, como

ele sabe fazer, “o que me dava mais trabalho era a ficha amarela do IPPUC, que autorizava, ou não, os projetos de construção civil, e a ficha vermelha do DDS”, onde estávamos nós, os vermelhinhos da saúde!

De fato, éramos oriundos de alguma militância, pelo menos no movimento estudantil. Eu viera de Itapetininga, desgarrado da Ala que praticamente desaparecera por desistência, autoexílio, perda de sucessivos pontos, efeito direto da repressão ao perseguir e prender companheiros que nos davam assistência no interior, desaparecidos ou mortos em ação, como aconteceu com Luiz Fogaça Balboni, o nosso amigo Zizo, cujos irmãos foram presos e submetidos a dar esclarecimentos sobre a organização a que ele se vinculava.

Em Curitiba, eu voltaria à militância por contato e filiação ao grupo que combatia a Política Educacional do Governo (PEG). Éramos poucos, mas fazíamos barulho indo a todos os espaços de participação ainda restantes como os diretórios que substituíram os centros acadêmicos, ao Conselho de Diretórios Acadêmicos, o CDAs, que supria em parte ausência do Diretório Central dos Estudantes (DCE), fechado pela repressão. Flávio Suplicy de Lacerda, ministro da educação quando da edição do decreto 477 que suprimiu drasticamente a liberdade de organização e manifestação dos estudantes em todo o país, fora reitor da UFPR, quando reprimia duramente o movimento estudantil, que veio a tomar a reitoria com uma reação ‘escatológica’ às suas medidas, desocupada por interveniência do governador do estado Paulo Cruz Pimentel, paulista de Avaré, advogado egresso da Faculdade de Direito do Largo São Francisco.

Nós ganharíamos a pecha de ‘peguistas’, para quem tudo era culpa da PEG, e disputávamos liderança com a Liberdades Democráticas (LD), ‘área próxima’ da Reforma, com a Ação Popular, os ‘apedeutas’ como nós os chamávamos e mais alguém que mal identificávamos se seriam ou não do grupo Liberdade e Luta, os trotskistas. A nossa referência organizada era a Polop, ou a Organização de Combate Marxista Leninista Política Operária, OCML-PO.

Militei na Polop até 1976, quando ainda contribui para reverter a orientação de uma assembleia no Centro Politécnico contra a anunciada cobrança de taxas de matrícula a ser posta em prática no semestre imediato. A proposta que ganhava corpo era da LD, resistir sim, mas encaminhando de outra forma que não apenas a palavra de ordem de não pagar as taxas. Não pagar era mais atraente, mas evitar que alguém pagasse não seria fácil como não foi, para muitos era melhor pagar taxa de matrícula do que mensalidade o ano inteiro. Ganhamos, mas não sustentamos!

Adiante a repressão chegou a prender companheiro da nossa tendência, que foi defendido pelo movimento com a liderança que havíamos vencido na assembleia contra as taxas, a Liberdades

Democráticas. Se não tínhamos como sustentar a proposta de confronto, devíamos ter acompanhado a proposta da LD.

Éramos todos subversivos para a repressão política que se fazia presente na universidade como Assessoria Especial de Segurança Interna (AESI). A mesma estrutura que controlava os passos das lideranças estudantis e chegava ao desplante de exigir o discurso de formatura com tanta antecedência, que só poderia ser para censura e providências antes da cerimônia.

Nossa turma de medicina acolheu minha sugestão de fazermos o discurso de formatura redigido por um coletivo e definir o orador em assembleia geral com declaração dos interessados e escolha por voto direto. E assim fizemos. O discurso feito a muitas mãos e mentes e o orador escolhido pela turma inteira: Marciano Dias de Oliveira Reis.

Perto de me formar deixei o movimento e a organização, embora já considerasse o que logo viria acontecer, somar forças com o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), vitorioso nas eleições de 1974, ocupando 16 de 22 cadeiras em disputa para o Senado da República, composto de 66 senadores. A partir dali me propus a jogar fora meu ‘saco de fdps’ e retomar relações políticas no ambiente de trabalho, na relação com os colegas de residência que logo começaria em janeiro de 1977. E foi assim que me embrenhei na política de defesa da residência médica, mas não deixei de trabalhar em fins de semana e feriados com uma organização de outra índole, mas também contra o estabelecido, a Associação Difusora de Treinamentos e Projetos Pedagógicos (ADITEPP), criada e liderada por Cristina e seu marido Paulo, ex-religiosos. Havia outros matizes de vermelho, que não vou comentar, respeitando suas histórias!

Euclides Girolamo Scalco, presidente do MDB do Paraná de 1978 a 1982, nos convocou à filiação partidária com vistas ao enfrentamento eleitoral do regime e, quase todos reticentes em fazer o jogo do bipartidarismo, aceitaríamos sua convocação mediante as evidências de fortalecimento da oposição em 1974. Em 1978, no entanto, seriam nomeados 22 senadores “biônicos” por efeito do pacote de abril de 1977<sup>7</sup>, sendo 21 da Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e 1 do MDB pelo Rio de Janeiro, e outros 22 senadores pelo voto direto, 14 senadores da ARENA e 8 senadores pelo MDB. A oposição e a imprensa brasileira consideraram o resultado das eleições de 1978 como uma vitória antigovernamental pelo facto de o MDB ter

---

<sup>7</sup>Em 1º de abril de 1977 Ernesto Geisel decreta com base no AI5 o fechamento do Congresso Nacional até 14 de abril, cria a eleição indireta para 1/3 dos senadores, logo denominados "biônicos". E baixa o que se chamou pacote de abril, composto de 14 emendas e três artigos novos, além de seis decretos-leis, e ainda a manutenção de eleição indireta para governadores em 1978 e outras medidas, disponível em <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/PacoteAbril>



tido, para o Senado, mais 4.291.202 votos que a ARENA e ter recolhido vitórias nos estados mais populosos e economicamente poderosos da Região Centro-Sul, ou seja, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.<sup>8</sup>

#### **2.4 - Do Iguazu ao Paraná!**

Logo em março de 1983 eu deveria iniciar o mestrado em Administração de Saúde, recém retornado do XIV Curso de Especialização em Saúde Pública - Nível Local, parceria estabelecida por Walter Leser desde suas gestões como secretário, entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, curso a que fora recomendado pelo colega Luiz Carlos Pelizari Romero, da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde – SNPES/MS. Fui, no entanto, desafiado a colaborar com a gestão de Luiz Cordoni Junior, pediatra e sanitarista concluinte do doutorado em Saúde Pública na mesma faculdade, sobre a emergência do movimento de saúde comunitária e os efeitos da atenção à saúde da população, nomeado secretário de estado da saúde na equipe de José Richa, eleito em oposição a Saul Raiz e Ney Braga, este candidato ao Senado, derrotado fragorosamente pelo deputado federal Álvaro Fernandes Dias.

O ocorrido nos possibilitaria passar, de acadêmicos ou gestores municipais de Londrina e Curitiba, a ser capazes de influir em todas as gestões municipais por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. Viriam conosco os egressos da atenção à saúde durante a construção da Hidrelétrica de Itaipu, Jorge Salles e Lauro Consentino Filho mais Elpídio Mazzaro, retornando da Paraíba para o Sul, com o qual reencontrei na gestão da saúde em São José dos Pinhais.

Eu assumiria o cargo de superintendente da Fundação de Saúde como alternativa do secretário ao tratar da nomeação da equipe com o governador, pois Gerson Zafalon Martins, Haroldo Rodrigues Ferreira e Jacó Mazalotti Cardoso tinham declinado do convite à indicação. Tendo servido ao governo municipal de Curitiba e de certa forma à situação comandada pelo governo derrotado em 1982, com interesse no mestrado a que fora selecionado, preferia colaborar com o início da gestão e frequentar a pós-graduação, se possível, viajando entre Curitiba e São Paulo.

---

<sup>8</sup>ALVES, Márcio Moreira e BAPTISTA, Artur: As eleições de 1978 no Brasil in Revista Crítica de Ciências Sociais, 3 de dezembro de 1979, 29-52, Portugal disponível em [http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/003/Alves\\_e\\_Baptista\\_pp29-52.pdf](http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/003/Alves_e_Baptista_pp29-52.pdf)

José Richa aceitou a indicação de meu nome sem restrições e eu só tive certo dia que responder no ar, subitamente, ao jornalista Silvio Sebastiani, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), como me sentia tendo sido diretor de saúde de Jaime Lerner, então nomeado superintendente da Fundação de Saúde pelo governador José Richa. Respondi-lhe que me sentia muito bem, tendo meu trabalho reconhecido pelo governador e liberado pelo prefeito a compor a nova equipe governamental.

A equipe de Cordoni foi montada com todo esmero, cuidando de não desconhecer as forças que se somaram na oposição vitoriosa, sob a liderança de José Richa e Jaime Canet Júnior, que fora governador nomeado, fizera parte da ARENA e participara da criação do Partido de Tancredo Neves, o Partido Progressista (PP), que veio juntar-se ao PMDB com a visão estratégica de vencer o estabelecido. A maioria dos distritos sanitários teve a indicação de nomes da saúde, alguns afastados havia muitos anos, outros jovens indicados ou escolhidos pelo novo secretário que cuidava dessas tratativas com nossa ajuda.

De nossos pares mais próximos, tivemos a participação do Ziadir Coutinho como diretor de saúde; do Paulo Roberto Donadio como diretor hospitalar, médico em Maringá; do Arnaldo Agenor Bertone, como diretor administrativo, ex-diretor da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina na equipe do Márcio Almeida; da Darcy Reis, diretora do departamento de serviço social, professora vinda da Universidade Estadual de Londrina (UEL); do Valdir Bertúlio como diretor de vigilância sanitária, vindo de Cuiabá onde atuava até então; da Rita de Cássia Esmanhoto, como diretora de saúde comunitária vindo da experiência de parceria com a Comunidade Santo Inácio em Curitiba; da Eleusis Ronconi Nazareno como diretora de epidemiologia, remanescente da equipe central anterior e de Nizan Pereira Almeida, para o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos, professor de Patologia Básica do Setor de Ciências Biológicas da UFPR.

Liasi Camargo, farmacêutica bioquímica, veio da iniciativa privada para dirigir a Central de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR); Orlei Cabrini, servidor e farmacêutico assumiu o Laboratório de Pesquisas Biológicas (LPB), que viria a compor a rede nacional de laboratórios oficiais como o Laboratório Central do Estado (LACEN) e outro farmacêutico e servidor, Maurício Viegas como diretor do Laboratório Químico Farmacêutico (LQF). Luiz Fernando Nicz, do INAMPS, veio para a chefia do Grupo de Planejamento Setorial da administração direta e Fernando Lopes Martins como Diretor Geral, o cargo de secretário adjunto no Paraná,

professor do curso de medicina da UFPR e ex-membro da direção do Instituto de Previdência do Município de Curitiba.

Ao mesmo tempo em que eram montadas as equipes de direção central, distrital e hospitalar, éramos assediados pelas lideranças políticas na obstinação de trocar chefias, auxiliares e técnicos de unidades microrregionais ou locais, inclusive ocupantes de posições que eram remuneradas apenas pelo salário, sem gratificação de chefia. Disto resultaram demissões sem justa causa, quando inevitáveis, com todos os direitos indenizados para nomeação de outras pessoas, quando passamos a exigir qualificação e teste de admissão, enfatizando a importância de processo seletivo para contrato segundo a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, e do indispensável concurso público para cargos estatutários. Os demitidos teriam entrado da mesma forma, perguntávamos, e os técnicos da administração central respondiam que sim, atenuando nosso pesar. Atribuía-se ao deputado Aníbal Cury a crítica à adoção de processos seletivos e concursos, pois só japoneses e comunistas passavam em concurso público, segundo ele!

O Pró-Rural, projeto financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento na gestão anterior nos proporcionou concluir as reformas em andamento dos hospitais próprios da Fundação de Saúde e ampliar a rede de unidades básicas de saúde no Paraná tradicional, que se somaria ao Projeto de Expansão de Cobertura, o PEC/SESA-PR, com recursos próprios do tesouro estadual, concepção própria da nossa equipe e coordenado pelo arquiteto Carlos Pospissil Moutinho sob a liderança do Secretário Luiz Cordoni Junior. Mais de uma centena de unidades básicas com financiamento da obra e da implantação do programa de saúde comunitária à semelhança do que vínhamos realizando em Londrina e Curitiba. No departamento de saúde comunitária, Regina Célia Gil substitui Rita de Cássia Esmanhoto que havia substituído Zilda Arns Neumann. A Doutora Zilda, como era chamada, após algumas tentativas de implantar o Programa de Saúde do Escolar, que lhe propusemos em lugar do departamento que ocupara por tantos anos, retirou-se para organizar as ações de saúde da Pastoral da Criança da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), começando por Florestópolis, município da Diocese de Londrina sob a liderança do bispo Dom Geraldo Magela Agnelo, coordenador nacional daquela pastoral. Nossa gestão de certo modo foi coadjuvante da iniciativa da Pastoral da Criança sob a liderança técnica de Zilda Arns, por termos lhe tirado o cargo de diretora da secretaria de saúde, onde fora sempre muito influente. Cooperamos por anos a fio, indiretamente, até o seu falecimento trágico, mas em plena missão de pastoral no Haiti.

Em 1998, a Pastoral comemorava 15 anos de atuação e fui convidado a me manifestar como secretário de saúde a respeito do seu trabalho, quando me referi ao que a ‘jovem pastora’ fizera provar em seus quinze anos, que amor faz bem à saúde. A força de seu ‘pastoreio’ estava na doação amorosa de milhares de voluntárias ao ‘apascentar’ crianças e suas famílias com atenção e muito zelo!

Na saúde mental tivemos oportunidade de reforçar as iniciativas mais remotas de desinstitucionalização manicomial, trabalhando com equipe multiprofissional no Hospital Aduino Botelho,<sup>9</sup> manicômio construído e posto em funcionamento como “instituição modelar” sob a gestão do paranaense Aramis Taborda de Ataíde enquanto Ministro da Saúde em 1954.

Daniel Serafim, diretor geral da unidade durante a nossa gestão, adotando a pensão protegida na área de domínio da administração da unidade, mas fora dos seus pavilhões convencionais, foi em busca e encontrou familiares de muitos moradores, vários deles vivendo há décadas sob isolamento familiar e social. Houve famílias que aceitaram receber de volta seu parente, como o caso de um senhor que sofrera uma convulsão na rua, fora mandado para o manicômio e jamais tivera contato com a família, a qual foi encontrada e o recebeu de volta para viver na Áustria!, Não ter saída, mas só entrada, esse foi e ainda é o grande mal dos manicômios no Brasil, apesar dos propósitos declarados no Plano Hospitalar Psiquiátrico formulado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais em 1941.

No Paraná de 1983 a 1987 a contratação de hospitais psiquiátricos permaneceria, mas sob a revisão e acompanhamento mais rigoroso para compor a rede de apoio aos municípios, ainda sem a atual ênfase na rede ambulatorial e muito menos nos centros de atenção psicossocial então inexistentes. O Pronto Socorro Psiquiátrico da região metropolitana foi mantido sob gestão estadual e só seria descentralizado e transformado na medida em que as secretarias municipais se prontificassem a montar suas redes de saúde mental.

Em vigilância epidemiológica tivemos grande mobilização com boa performance no controle de doenças evitáveis por imunização, ainda mais depois de uma grande agitação e aprendizado no controle da paralisia infantil. Um episódio inesquecível foi a ocorrência de casos suspeitos e confirmados de meningite epidêmica em Londrina, para onde nos deslocamos com a equipe toda e tivemos a dedicação da equipe distrital, com destaque para Bruno Piancastelli, e a

---

<sup>9</sup> Os primeiros anos do Hospital Colônia Aduino Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958) disponível em [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291\\_ARQUIVO\\_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291_ARQUIVO_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf)

colaboração de Cláudio da Silveira, epidemiologista enviado pelo Ministério da Saúde, quando vacinamos toda a população adulta. Tempos depois, o diagnóstico seria contestado por evidências definitivas de que se tratava da ‘Febre de Promissão’. Havíamos errado, mas não teríamos outra ação mais responsável que vacinar com as evidências obtidas na ocasião. A falta por omissão, perante o quadro estabelecido, seria inaceitável.

No Paraná, o controle da transmissão da paralisia infantil se deu em 1986, primeiro que em todos os outros estados, motivo de um périplo de secretário de saúde do estado, 15 anos depois, quando me despedia, sem declarar, do cargo de secretário estadual de saúde. Visitando quinze municípios em diversas regiões do estado, passaria por Marialva, onde era secretário Antônio Carlos de Figueiredo Nardi, hoje secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, então presidente da Associação Paranaense de Secretários Municipais de Saúde/Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (APASEMS/Cosems-PR). Éramos recebidos com festas, especialmente abrilhantadas por apresentações de escolares e agradecimentos que retribuíamos agradecendo às crianças, aos pais, às equipes de saúde e às autoridades. Encerrávamos dizendo que as meninas e os meninos dali em diante poderiam debutar dançando valsas sem nenhuma limitação devida à paralisia infantil!

Na vigilância sanitária encontraríamos quadro mais dramático, como transfusão de Chagas e outras doenças, razão porque chegamos às ‘vias de fato’ com a Colsan do Paraná, a Associação Beneficente de Coleta de Sangue, interdita definitivamente. O encontro de práticas inadequadas exigiu intervenção da autoridade sanitária com interdições cautelares e mesmo definitiva, como foi o caso dessa entidade atuante na região metropolitana sem os cuidados necessários e indispensáveis, que se não coibida continuaria transfundindo mais doenças infecto-parasitárias. Não se habilitando, todavia, às medidas recomendadas, a instituição terminou interdita definitivamente, o que exigiu consistência de argumentos técnicos e administrativos, sustentada politicamente pelo secretário da saúde e pelo governador do Estado.

Criamos o cadastro para manipuladores de alimentos de consumo imediato, de produtos alimentícios artesanais, típicos de cada região, como os embutidos e derivados de leite e de origem extrativista.

Orlei Cabrini, obstinado em desenvolver o Laboratório de Pesquisas Biológicas (LPB), convenceria por insistência o secretário Luiz Cordon Junior e eu mesmo, apesar de meus argumentos contrários, a criar o setor de produção de soros antiofídicos no LPB, que iniciou produzindo soro com animais que vinham cedidos da polícia montada para inoculação nos

piquetes instalados nos imensos domínios do Hospital São Roque de Dermatologia Sanitária, especialmente para proteção contra acidentes de uma espécie muito comum no Paraná, *Botropos neuwiedi*, a *jararaca pintada*. Esse projeto vingou e veio a ser o Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos do Paraná, o CPPI. Em tom de brincadeira entre pares, eu chamava o CPPI de LPB Tantã! Uma loucura do Orlei Cabrini que deu muito certo, sendo reconhecido em produção de soros muito específicos, inclusive o soro homólogo antirrábico humano, produtos que tive o privilégio de apresentar ao governador Jaime Lerner.

O CPPI desenvolveu e produz regularmente o soro para tratamento de lesões por aranha marrom, em acidentes muito comuns nos domicílios da região metropolitana de Curitiba e outros produtos para os ofendidos por agentes endêmicos e peculiares de certas regiões no país, que não demandam produção em escala e, portanto, de baixo interesse econômico, mas de alta relevância para o tratamento dos que são afetados.

**Figura 13** – Apresentação do soro homólogo antirrábico humano a Jaime Lerner



Reformamos o Laboratório Químico Farmacêutico próprio da Fundação de Saúde e firmamos convênio com a Universidade de Londrina para a melhoria do Londrifarma, adquirido da iniciativa privada pela universidade para ser um laboratório-escola de farmácia industrial.

Contratamos empréstimo para a reforma do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão tendo em vista transformá-lo no Hospital Geral do Portão, último contrato do FAS, Fundo de Apoio à Saúde da Caixa Econômica. A reforma propriamente dita seria executada na quadra seguinte, na primeira gestão de Roberto Requião, com Nizan Pereira, Mauro Daysson Goulart e Jackson Baduy, estes dois sucedendo-se ao gestor principal.

**Figura 14** – Alojamento conjunto na Maternidade Luiz Fernando C. O. Braga



Em 1995, Jackson Baduy, que substituíra Nizan Pereira, entregou-me o Hospital Geral do Portão totalmente reformado e ampliado, com a maternidade em vias de entrar em funcionamento, o que cuidamos de fazer, mantendo a denominação de Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga, o professor de Obstetrícia da Universidade Federal que havia contribuído para o desenvolvimento estratégico do Comitê de Mortalidade Materna do Paraná. Ele descreveria em muitas oportunidades de avaliação dos óbitos ano a ano, a Senhora X, vítima de mazelas com o atendimento da gestação e do parto, cujas consultas de pré-natal eram em número igual ou superior ao mínimo recomendado, cuja gestação transcorria aparentemente normal e tinha um episódio súbito de hipertensão, como na maioria das vezes, ou outra causa, sobrevivendo a fatalidade em certas circunstâncias, ainda que evitáveis, e perdendo a vida a mãe, o nascituro ou ambos, quando não restavam com sequelas.

O desafio nacional da garantia do sangue humano como insumo terapêutico teve a nossa participação, quando concluímos a edificação e promovemos a instalação do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Paraná, o HEMEPAR, sob a liderança da médica Elenice Deffune, recrutada para iniciar o programa de captação de doadores, coleta e beneficiamento do sangue em quantidade e qualidade para segurança dos procedimentos de hemoterapia na região metropolitana e no Estado, como consta de seu currículo Lattes, sendo professora atualmente na Universidade Estadual Paulista, Júlio de Mesquita Filho, campus de Botucatu, pesquisadora e diretora do respectivo hemocentro.

“Ainda inscrita no curso de mestrado em Hematologia da Escola Paulista de Medicina, fui aprovada em concurso para ocupar o cargo de Diretora do Hemocentro do Paraná que se encontrava na época em fase de instalação.

Havendo impossibilidade de o Serviço no Paraná aguardar o término do curso de mestrado, optei por assumir o emprego. Foi um desafio importante na minha vida técnica. Instituímos o início das atividades técnicas de hemoterapia pública em Curitiba, dentro do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados sempre nos pautando em padrões internacionais. Enquanto à frente daquele Hemocentro identifiquei graves irregularidades nas fábricas de bolsas de sangue em todo o país. Esta constatação resultou na constituição de uma equipe interministerial da qual fiz parte, e foi, sem dúvidas um grande marco na hemoterapia brasileira” (14).

O atual controle da transmissão do vírus da raiva canina urbana, no território do Paraná, se deu mediante estratégia de vacinar casa a casa 80% a 90% da população de cães e gatos, iniciada antes da nossa gestão. Utilizava-se a vacina *Fuenzalida Palacios* produzida pelo Instituto de Tecnologia do Paraná, o TECPAR. Para tanto eram constituídas equipes de vacinadores com recrutas das forças armadas, dos tiros de guerra ou da polícia militar, além dos próprios dirigentes e técnicos dos 23 distritos sanitários da Fundação de Saúde e da secretaria da Agricultura e sua empresa vinculada, a EMATER-PR.

Em 1985, interrompida a circulação do vírus rábico, variante canina, avançamos para novas estratégias de vigilância como a melhoria da coleta e o aumento do envio de material para pesquisa de vírus, observação de animais agressores e, principalmente, atenção e cuidados a pessoas agredidas, desativando-se campanhas em municípios sem histórico de circulação do vírus, mantida a vacinação casa a casa em áreas de risco, então intensificada, como nas divisas com São Paulo e Mato Grosso do Sul e nas fronteiras com Paraguai e Argentina.

## **2.5 - Das Ações Integradas ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**

O Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982 para formular estratégias de superação da dificuldade crescente de atendimento à saúde de previdenciários e da população em geral, suplantaria a proposta do PREV-SAÚDE, tomando a cena rapidamente, sem deixar de incluir como prioridade os propósitos do Plano Nacional de Cuidados Básicos, mas ampliando o escopo de possibilidades. Só a partir de então seria implementada a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Adotar as AIS não foi apenas uma consequência administrativa das recomendações provenientes do Plano CONASP, quando Aluísio Salles era presidente do INAMPS, mas resultou de intenso debate, quando a discussão dessa estratégia nos permitiu conhecer os



protagonistas das experiências inovadoras e suas expectativas e apreensões a respeito da aproximação com o estabelecido, com a estrutura financiadora do modelo de expansão da assistência médica hospitalar especializada em todo o país.

Francisco Machado, o mesmo Chicão da experiência pioneira de Montes Claros referida no memorial de José Agenor mais Nelson Rodrigues dos Santos, Eduardo Levcovicz, José Carlos Noronha e outros aportaram suas contribuições no encontro do Hotel Caravelle em Curitiba, para só então aderirmos decididamente a essa nova estratégia. Logo a seguir as AIS passariam a ser a principal agenda dos gestores federais, estaduais e municipais de saúde de todo o país, constituindo-se no ponto de partida para o processo de descentralização/municipalização da saúde no Brasil.

Darcy Reis, minha condômina em Curitiba, sempre se reporta aos encontros regionais de saúde promovidos pelo secretário Luiz Cordoni com nosso apoio, em todas as regiões do estado, em algumas das quais pudemos contar com a presença dos membros da mobilização nacional, inclusive Sérgio Arouca, ao que ele se referiu na palestra de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, citando o lavrador que definiu saúde como terra e trabalho, tal como ocorreu em Francisco Beltrão, Sudoeste do Paraná.

Estávamos em um processo crescente de mobilização social e havia muita expectativa do governo eleito depois de 17 anos sem escolha direta de governadores no estado do Paraná. A última eleição para governador do estado havia sido por um mandato de 5 anos, elegendo-se Paulo Cruz Pimentel, advogado, paulista de Avaré, Secretário de Agricultura no primeiro governo de Ney Braga e logo candidato à sua sucessão, vitorioso nas hostes partidárias e nas urnas. Os três governos subsequentes seriam de 4 anos, ao todo 12 anos mais os 5 anos de Paulo Pimentel. Foram governadores nomeados, indicados e eleitos indiretamente pela Assembleia Legislativa: Haroldo Leon Perez, que em menos de um ano de governo renunciou ‘pra’ não ser ‘cassado’ ainda em 1971; Pedro Viriato Parigot de Souza – falecido no exercício do cargo; Senador Emílio Hofmann Gomes, sucedido por João Mansur, presidente da Assembleia Legislativa, ambos de Irati. Jaime Canet Júnior e depois Ney Braga e José Hosken de Novaes – que assumiu como vice em lugar do titular que concorreu ao senado.

*Volveramos a los 17...* E faríamos de tudo ‘pra’ desagrar a democracia ofendida por tanto tempo e superar o que havíamos passado, abrindo encontros e participando de todos os eventos de mobilização social. Havia esperança no ar!

Diretora do Departamento Social da Fundação de Saúde, Darcy era assistente social, professora da UEL e mentora de projetos e programas de extensão universitária em política de saúde, que acompanhava a nova trupe sanitária desde os cursos de graduação ao lado da enfermeira Lilian e dos médicos Nelson Rodrigues dos Santos e Darli Soares. Estavam na terra dos pinheirais, como Nelsão gostava de referir: Arnaldo Agenor Bertone, diretor administrativo da Fundação, que cumprira pena na Prisão Provisória do Ahú, Darcy e seu marido Luiz Gonzaga, que fora preso com Nelsão no quartel da Praça Rui Barbosa em 1978, Márcio Almeida, deputado estadual, Luiz Cordoni, secretário da saúde, Sonia Davanço, médica em Araucária, Maria Angélica, enfermeira na Fundação de Saúde, Maria Aparecida, recrutada ainda na gestão de Curitiba. Moacir Gerolamo e depois Francisco Eugênio Alves de Souza em Apucarana. Bárbara, Maria do Socorro e Rossana, permaneceram em Londrina, mas colaborando em muito com a gestão mais o segundo chefe do 17º Distrito Sanitário, Tercílio Turini, que substituíra Nelson Soares, dentista, colega e compadre do governador José Richa, que ousara desobedecer às ordens do secretário Luiz Cordoni. Em Francisco Beltrão Haroldo Rodrigues Ferreira, que declinara do cargo de superintendente, assim como Jacob Mazalotti Cardoso que assumiu a direção da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral.

Juntamos ainda Arno Mainardes Knor em Ponta Grossa; Warrib Mota em União da Vitória; Miguel Belmonte em Pato Branco; Nelson Conceição Mendes em Foz do Iguaçu; Julio Arruda em Jacarezinho; Doutor Valdir em Cornélio Procopio; Antônio Godinho em Maringá; Adilson Castro em Cianorte; Pedro Arildo Ruiz em Umuarama e outros.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, marco histórico ao consagrar os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, teve uma delegação importante composta por participantes daqueles encontros regionais. Penso que em 2016 deveremos comemorar em dobro o que foi a 8ª Conferência para a unificação da rede nacional de saúde, convocando a 16ª Conferência Nacional de Saúde, ainda agora na 15ª Conferência que se realizará logo em dezembro. Uma alternativa para marcar o transcurso de 30 anos da 8ª Conferência poderá ser a divulgação do relatório final da 15ª Conferência Nacional de Saúde!

Em 1987, é oficializado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como consolidação das AIS, ao adotar as diretrizes da universalização e da equidade no acesso aos serviços, da integralidade dos cuidados, da regionalização dos serviços de saúde e da implementação de distritos sanitários, com a descentralização das ações de saúde, o

desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O espólio desse imenso esforço de implementar as Ações Integradas de Saúde na gestão de José Richa e Luiz Cordoni Júnior para Álvaro Dias e Delcino Tavares, superintendente do INAMPS até então, foi exatamente o orçamento descentralizado para a gestão estadual com todos os recursos sob responsabilidade do secretário estadual de saúde. De fato, essa estratégia temporária resultou no avanço significativo da organização regional da saúde, mais conservadora do que mudancista, oportunizando até eleição de secretários, como foi o caso de Delcino Tavares, mas o SUDS não permaneceu além da gestão subsequente. Teria sido melhor? Não se sabe, pois não foi essa opção que permaneceu, mas talvez pudéssemos ter criado um sistema federado mais adaptado às características epidemiológicas regionais, comprometendo estados como gestores regionais mais financiadores ou mais enfáticos na revisão do pacto federativo cada vez mais concentrador de contribuições cuja arrecadação não é compartilhada nos fundos de participação de estados e municípios.

A Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, cria o Sistema Único de Saúde, o SUS, sagrando no Art. 196 "a saúde é direito de todos e dever do Estado", retratando o jubileu de 25 anos do processo iniciado em 1963 com a 3ª Conferência Nacional de Saúde, coordenada por Mario Magalhães da Silveira, a qual indicara a municipalização como estratégia apoiada por Amauri de Oliveira e Silva e Wilson Fadul, então ministros do Trabalho e Previdência Social e da Saúde, uma das reformas de base na retomada do presidencialismo pelo governo João Goulart.

## **2.6 - Revisitando Berlinguer: o direito à saúde**

“Muitos direitos são negativos: impõem-se à sociedade a não interferência, de forma que esses direitos são protegidos por lei. A saúde é um direito diferente: é positivo, porquanto a sociedade ao promovê-lo, confere benefícios. Esse direito não é facilmente imposto por lei; cria obrigações sociais que ninguém poderia esperar vê-las assumidas até pouco tempo”. (15)

Com sua licença, e apenas com intuito de registrar a fonte em que bebemos os princípios fundamentais para formular a proposta que logramos inscrever na Constituição Federal, os convido a visitar - como fiz em dissertação ao Mestrado em Bioética defendida na Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (16) - o médico, político, humanista e bioeticista Giovanni Berlinguer, a respeito desta conquista histórica da sociedade brasileira, o direito à saúde!

O direito à saúde universal, integral e equânime é uma construção histórica que começa com a formulação de Locke (17), do direito à vida, a lei natural fundamental que se constituiu em obrigação para todos os seres humanos, os quais "sendo iguais e independentes, não devem causar dano à vida, à saúde, à liberdade ou à propriedade de outro" (15).

Mais de dois séculos decorreram até que se inscrevesse no preâmbulo do estatuto da Organização Mundial de Saúde: "O gozo de níveis de saúde os mais elevados possíveis é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social" (15).

Assim concebido o direito transforma-se em finalidade positiva. Torna-se meta nunca totalmente alcançável porque é impensável que o direito à vida possa significar direito a não morrer, ou que o direito à saúde implique imunidade a toda doença, mas é possível aproximar-se mediante conhecimentos, meios técnicos, políticas, recursos, compromissos, que muitos indivíduos são obrigados a assumir (15).

A constituição do Brasil fala da saúde como 'direito do indivíduo e dever do Estado', enquanto o artigo 32 do capítulo sobre relações ético-sociais da carta magna italiana diz apenas que "A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade e garante tratamento gratuito aos indigentes". (15).

Discute-se o nascimento do direito à saúde como extensão dos direitos de primeira geração, isto é, dos direitos 'negativos' tendentes a limitar o arbítrio do poder, como uma espécie de 'cidadania sanitária' protegida do ataque das doenças epidêmicas ou então, se pertence aos direitos de segunda geração, os direitos sociais, cuja aplicação exige ações positivas do poder em vez de simplesmente furtar-se a realizar ações coercitivas (15).

A globalização das doenças começou há mais de 500 anos, com Cristóvão Colombo quando da descoberta ou conquista da América, embora acordos entre as nações contra a transmissão de doenças de uma parte do mundo a outra só tenham ocorrido por ocasião da Conferência Sanitária Internacional de 1851, quando apenas a distribuição geográfica e a alta letalidade das epidemias de cólera, peste e febre amarela, eram conhecidas, permanecendo as etiologias e os modos de transmissão ignorados (18).

Só ao fim de 400 anos logrou-se, na Conferência de Veneza de 1892, o primeiro acordo ainda limitado para impor a quarentena aos navios chegados do Oriente à Europa, vencendo a oposição, principalmente da Inglaterra, contra qualquer regra que pudesse obstaculizar o comércio (18).

A saúde é um bem indivisível e deve ser encarada como uma finalidade global, como um bem que em toda parte seja tratada de forma explícita e programada, pois a globalização representa a fase atual e futura do desenvolvimento e pode responder a muitas exigências do ser humano (18).

A saúde não é um estado e não é perfeição, é uma condição de equilíbrio variável, que diferentemente do passado pode-se hoje mudar favoravelmente para melhor. A saúde, a qual é ao mesmo tempo um dos processos mais íntimos da pessoa e um dos fenômenos mais ligados à vida coletiva, tem um caráter duplo no plano moral: *intrínseco*, como presença, limitação ou ausência de capacidades vitais e, *instrumental*, como condição essencial para viver em liberdade (18).

A liberdade fica reduzida quando a doença predomina porque o indivíduo fica impedido em sua faculdade de decidir e de agir, porque sua sorte é confiada a poderes estranhos e, sobretudo se, enquanto doente, ele não é mais considerado um cidadão detentor de direitos e porque a doença grave e persistente lança o indivíduo e as nações num círculo vicioso de regressão que pode se tornar irreversível (18).

## **2.7 - A saúde achada na rua?**

Assim como ‘o direito achado na rua’ se configurou na busca de uma teoria, de uma nova episteme para além da lei como repositório do direito e na convergência com o movimento social por liberdade, o protagonismo na conquista do espaço para o exercício da cidadania, sem as amarras impostas pelo estado autoritário, em regime de exceção ou mesmo no retorno à normalidade democrática, onde a rua é a metáfora símbolo do lugar social em que se busca e se realiza o direito, viemos achando na rua a saúde que queremos (19).

A saúde como dimensão de uma conquista da luta nas ruas, do mesmo modo carecia de uma teoria, que veio a ser a corrente de saúde coletiva de inspiração em Giovanni Berlinguer, Michel Foucault, os brasileiros Carlos Gentile de Mello, Mário Magalhães da Silveira, Luiz Pereira, Cecília Donangelo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro e tantos outros.

Desde a mais remota iniciativa anarquista, do mutualismo das primeiras décadas do século passado, da organização da previdência social por categorias profissionais, depois unificada e composta num só instituto nacional e mais ainda ao integrar o sistema nacional de previdência e assistência social, o SINPAS, passando por um efêmero sistema nacional de saúde, viemos

aportar as lutas pela democratização superando as duras restrições autoritárias de 1964, que interromperam o governo Goulart e o seu Ministério das Reformas, comprometido com as recomendações da 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963 e depois o AI 5 de 1968.

O movimento comunitário de saúde desde os anos 60 para cá, veio se compondo de certo modo como ‘a saúde achada na rua’, tributando e bebendo da mesma fonte na luta por democracia participativa; seguindo com o movimento popular, orientando líderes comunitários, sindicalistas e trabalhadores em geral. Conquistando parlamentares e seus assessores, atores constituintes, gestores inclusive, chegamos ao Título VIII, da ordem social, Capítulo II, da seguridade social, seção II, da saúde, finalmente conquistados em 1988, logo se criando o Sistema Único de Saúde, pelas leis 8080 de 19 de setembro e 8142 de 28 de dezembro de 1990. Esta segunda indispensável para garantia das fontes de financiamento e da participação e controle social do SUS, revendo vetos do presidente Collor de Mello, à primeira lei aprovada a partir de projeto do deputado Raimundo Bezerra.

Neste 2015 ao comemorar o primeiro jubileu de 25 anos do SUS, tem-se a impressão de que, malgrado a larga expansão de cobertura, embora sob hegemonia da atenção à doença e não à saúde, o acesso ainda insatisfatório poderá permanecer por muito tempo, se for mantida a inércia propagadora da atenção à doença. O estabelecido nas décadas precedentes vem, como por inércia, se reproduzindo mesmo com os esforços dos seus críticos mais contumazes. Desfraldamos a conquista do ‘direito do cidadão e dever do estado’ para levarmos a boa nova com o indesejado revigorecimento de velha dominação, mas por vezes isso deve ter soado como se disséssemos, ‘adoença que o estado garante’ ou o ‘estado paga a sua reabilitação, a sua órtese, a sua prótese, o seu remédio’, sem dúvida um direito conquistado, mas gerando em consequência um consumo ampliado de produtos, técnicas e procedimentos, com risco de uma ‘neocolonização sanitária’, ousado dizer, comprometendo a sustentabilidade do direito à saúde.

E, não sem razão, a sociedade avançando em direitos se pretendia mais saudável e feliz, mas de fato o volume de atenção eficaz, eficiente e efetiva cresce a menor, muito a menor que a geração de novas situações não bastasse persistirem as situações causadoras de sofrimento evitável, inominado ou qualificado como entre os ‘males ou doenças do passado ou mesmo do desenvolvimento’ (20). E os cuidados vêm se configurando ‘*pós facto*’, como se fosse preciso ficar doente para ter direito à saúde, *stricto sensu*, direito à saúde enquanto consumo de bens e serviços, o melhor das vezes, de prevenção específica, mas predominando os de diagnóstico,

de tratamento e cura ou de manutenção, reparação ou redução do dano, tão necessários, mais raramente.

Há, portanto, uma encruzilhada a ser superada em prol da saúde como gozo da vida em plenitude, como bem-estar físico, psíquico e social: ou simplesmente estendemos as redes de atenção à doença e continuamos reproduzindo a alienação e o alheamento dos sujeitos e seus corpos físicos, psíquicos e sociais ou adotamos práticas democráticas de interação social, críticas e criativas, evitando as situações emergentes geradoras de sofrimento, mas tratando o sofrimento quando inevitável, sem relegar a atenção às pessoas, vulneradas ou vulneráveis, com adoecimento, sofrimento ou morte em consequência das situações persistentes ou emergentes (16).

## **2.8 - Estudos de Impacto Ambiental de Segredo e Itaparica**

Ao fim da gestão estadual de José Richa, antes mesmo de encerrar com a transmissão de cargos de governador, de secretário de saúde e de superintendente da Fundação Caetano Munhoz da Rocha, tive convite de meu amigo Roberto Ribas Lange para contribuir com a dimensão de saúde pública do Estudo e do Relatório de Impacto Ambiental do empreendimento da Usina Hidrelétrica de Salto Segredo em fase de elaboração por um consórcio de empresas que o contratara como coordenador sediado em Curitiba. Fui solicitado também pelo professor Dante Romanó Júnior para colaborar com sua gestão na vice-reitoria da UFPR, onde estava desenvolvendo o ‘Projeto Araucária’ financiado pela Fundação Kellogg com vista à integração docente-assistencial, tendo ajuda de Fernando Martins que deixara a Diretoria Geral da SESA, professor da universidade, de Luiz Fernando e João Carlos Baracho residentes de Pediatria e de Clínica Médica que atuavam em projetos de integração ensino, serviço e comunidade (IESC) e do professor Amílcar Goyheneix Gigante, ex reitor da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Aceitei ambas as oportunidades com muito entusiasmo, pois cedido à universidade poderia manter o vínculo com o município, onde tivera o contrato celetista convertido a estatutário em consequência de concurso público para o cargo de médico patologista, assumido após nomeação em 1985. Quanto ao meu vínculo estadual de médico legista, estatutário assumido em 1982, condição em que permaneço, voltei para a “sala de autópsia” com plantão semanal de sobreaviso por 24 horas.

Ainda quando residente do Hospital de Clínicas, aprovado no concurso para médicos legistas, fomos cumprimentados por um dos nossos docentes, que recomendou como proceder no caso

de eventual nomeação, restringindo-nos à execução dos procedimentos mínimos e indispensáveis para manter o emprego! Seria pela condição de peritos auxiliares da autoridade policial, para que nos limitássemos a aportar o esclarecimento técnico demandado, por disciplina e prudência com o exercício do nosso mister, ou para conter a demanda por mais serviços além da rotina estabelecida?

Sobre o barramento de Salto Segredo, fizemos o estudo e o relatório com a coordenação geral de Volker e Roberto Lange, quando recomendei a incorporação da unidade hospitalar do canteiro de obras pelo estado com o fim de evitar solução de continuidade dos serviços já extensivos aos ribeirinhos e ainda o estudo genético da população residente em Rondinha, município de Pinhão, pelas fortes evidências de endogamia. Em seguida tive oportunidade de aceitar outra missão, participar do componente de saúde no EIA RIMA, então sobre a construção da Usina Hidrelétrica de Itaparica – pedra faiscante, logo acima de Moxotó e Paulo Afonso, no rio São Francisco, entre a Bahia e Pernambuco, em Petrolândia mais precisamente, onde hoje é a chamada Usina Luiz Gonzaga, homenagem ao sertanejo do Cariri, o sanfoneiro autor de Asa Branca:

“...Inté mesmo a asa branca  
Bateu asas do sertão  
Entonce eu disse, adeus Rosinha  
Guarda contigo meu coração  
Entonce eu disse, adeus Rosinha  
Guarda contigo meu coração

Hoje longe, muitas léguas  
Numa triste solidão  
Espero a chuva caí de novo  
Pra mim vorta pro meu sertão  
Espero a chuva caí de novo  
Pra mim vorta pro meu sertão...”<sup>10</sup>

O São Francisco é o maior rio que corre totalmente dentro do país, nasce a mil metros de altitude, na serra da Canastra, perto de Belo Horizonte, e segue em direção norte pelos estados de Minas Gerais e Bahia, faz a divisa com Pernambuco, toma direção nordeste e depois o rumo sudeste, quando separa os estados de Sergipe e Alagoas, com 2 mil e 700 quilômetros até chegar ao mar. É um rio de planalto, com cachoeiras e corredeiras, mas serve como meio de transporte entre Pirapora-MG e Juazeiro da Bahia e Petrolina-PE e depois só entre Piranhas-AL e a foz. O

---

<sup>10</sup> Asa Branca, música de Luiz Gonzaga.



transporte fluvial é feito em barco típico conhecido como “gaiola”, onde cada passageiro pendura sua rede para ter onde e como se acomodar.

É fonte importante de energia com as usinas hidrelétricas de Três Marias, Sobradinho, Itaparica, Moxotó, Paulo Afonso e Xingó. Ainda e cada vez mais suas águas são usadas para a agricultura irrigada. Ao atravessar parte da região mais árida do país, é sujeito a mudanças sazonais, tendo-se construído na década de 1970 a Represa de Sobradinho e seu lago que chega a ter 30 quilômetros de largura em alguns trechos para garantir a regularidade da vazão, mesmo durante a estação da seca. No trecho que passa na região Sudeste, as margens do rio são cobertas por vegetação típica do cerrado e por florestas com árvores como o jacarandá e o cedro. No curso médio do rio impera a caatinga, a vegetação típica da região semiárida, com perda de folhagem durante a seca. Mais próximo à foz, atravessa a chamada Zona da Mata nordestina. A fauna é pouco abundante ao longo do rio, mas os peixes são importante fonte de alimento para a população ribeirinha.<sup>11</sup> A transposição das águas do São Francisco para a região semiárida deverá ocorrer por meio de dois imensos canais, somando 700 quilômetros de extensão, ligando o rio a bacias hidrográficas menores e a alguns açudes, para distribuir água a 390 municípios dos estados de Pernambuco, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte, com uma população de 12 milhões de brasileiros. Há polêmica quanto aos efeitos que a transposição pode ter no ecossistema da bacia principal e sobre se beneficiará os pequenos agricultores. Estima-se que as obras estarão concluídas por volta de 2025. O trecho III do Canal do Sertão Alagoano acabou de ser inaugurado em 5 de novembro próximo passado pela presidente da República.<sup>12</sup>

Fui a Minas pouco, mas o bastante para ver que nas Gerais...  
Se não nasce Santo nasce Chico.  
E se nasce Santo e Chico vira São Francisco!  
E faz de Minas, o litoral de Alagoas a Tubarão.  
Ou não é da Serra da Canastra que verte o Velho Chico?  
Ou da Mantiqueira que verte o Doce?!  
(Leite e mel da Mãe-ti-queira)  
Minas Gerais é assim...  
Não é só boa, justa ou sábia.  
Senão que realiza a metamorfose ímpar do Sertão que vira Mar!  
Riobaldo, Diadorim, Octacília do vô Anselmo,

---

<sup>11</sup> Rio São Francisco disponível em <http://escola.britannica.com.br/article/483545/rio-Sao-Francisco>

<sup>12</sup> Inauguração do trecho III do canal do Sertão, disponível em <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2015/11/em-al-dilma-rousseff-inaugura-terceiro-trecho-do-canal-do-sertao.html> Saiba como funciona a transposição do rio São Francisco disponível em <http://www.ebc.com.br/tecnologia/2015/09/saiba-como-funciona-obra-de-transposicao-do-rio-sao-francisco>

Maria do Padre, Maria Mutema,  
Soroco, sua mãe, sua filha...  
Nonada? Estúrdio!  
Zé Bedelo, Hermógenes, Joca Ramires.  
Fogo apagou, fogo apagou, fogo apagou...  
E o gugo, gugo da Juriti.  
É o Sertão!<sup>13</sup>

**Figura 15 - Rio São Francisco**



No estudo de Itaparica/Petrolândia tive a colaboração do professor Ênio Luz que me ensinara na graduação e agora fazia um concentrado prático pelo sertão da Bahia, do Raso da Catarina quase deserto e Rodelas, na margem direita até Belém do São Francisco e Floresta, na margem esquerda do Velho Chico, no sertão de Pernambuco. Com nossa parceria pelas trilhas do sertão baiano pernambucano, tivemos ocasião de reconhecer a altivez daqueles sertanejos, como de aprender conceitos de ecologia e epidemiologia prática. Certo dia, gritou-me o professor, ‘ipso facto’, você sabe o que é, essa pergunta que outro dia caiu no vestibular? O que é, repliquei-lhe, talvez para não lhe revelar minha ignorância, ao que ele treplicou apontando para um ninho muito esquisito feito de gravetos tramados mui habilmente em meio aos galhos de uma favela seca, era o ninho de uma ave dali, se não me engano, um gavião!

E logo ele me esclareceria: ‘ipso facto’ é aquilo que corresponde à ecologia de um e somente um ser, uma correspondência biunívoca. Ao ver um ‘ipso facto’ identificamos o bicho!

---

<sup>13</sup> Autoria Armando Raggio.

A caminho de Juazeiro, um vento forte levantou a poeira e entrou-me um cisco no olho, que logo me faria lacrimejar e reagir em busca de onde pudesse tirar aquele corpo estranho. Indicaram-me uma senhora da beira-rio de Rodelas. No rancho de pau-a-pique sem barreado, encontrei a mulher de saias sobre saias acompanhada de um rapagão alto e forte, filho dela. Disse-lhe a que vinha e logo ela consentiu em me atender, sentando-me ao lado para curvar minha cabeça sobre seu colo, sacou algo do bolso, arregaçou minhas pálpebras e meteu-me no olho o que havia sacado e pronto. Senti alívio imediato, e aquele homenzarrão ao seu lado não parava de falar. Considerando-me de São Paulo e falando de sua relação de amor e ódio com a Pauliceia, até me perguntar: o senhor sabe que eu já trabalhei lá três vezes, fui ajudante de copa e de cozinha? E não gosto de lá não, sabe por que, logo respondendo: porque não gosto da ‘sujeição’. Sabedoria é isso, não precisou ser letrado, mas viver as agruras da vida anônima naquela imensidão, para entender o que significava São Paulo.

Da mesma empreitada, aprenderia o conceito de transumância, afeto às ciências sociais, graduação em que eu me iniciara no primeiro ano em 1969, na Universidade Integrada da Região Sul, em Itapetininga, e não fora além, mudando-me para Curitiba em 1970. Transumância, entre a beira do rio e a caatinga, significa a vida entre pescar e fazer lavoura no solo fértil da vazante à beira d’água e mudar-se após a colheita para o sertão onde o gado passava largado entremeio a caatinga. Esse movimento sazonal, que se repetia com algum equilíbrio, estabelecido por adesão voluntária ou não forçada, me despertou atenção, foi motivo de uma advertência do estudo e viria a constar do relatório. Poderia haver morte infantil acima da média histórica e de fato aconteceu, mas não por efeito do desequilíbrio da mudança involuntária, obrigatória, por doenças de transmissão hídrica ou por falta d’água... A morte de crianças aumentou visivelmente por distúrbios gastrointestinais agudos, cuja causa era a toxicidade de substâncias liberadas por rompimento de algas em grande proliferação, resultante da imensa massa vegetal inundada com o fechamento da barragem de Itaparica.

## **2.9 - Do Iguaçu ao Tietê e ao Paraíba do Sul**

Era 1988, ganhei de aniversário da família, uma pasta marrom e preta para viajar... Iria virar consultor, talvez, sem abandonar a base em Curitiba. Ledo engano. Tivera logo outro convite, mas este foi mais fundo: ser consultor da Logos Pró-Saúde, recomendado pelo colega e amigo Abrão Rapoport. Oportunidade de ir trabalhar em São Paulo, na empresa que fora criada pela Logos Engenharia, por ocasião do gerenciamento de obras em Carajás/Paraopeba. Teria a

missão de assessorar um projeto recém-contratado com a Companhia Siderúrgica Nacional, para o qual contribuí na sua formulação final, tendo em vista organizar o sistema integrado de atenção à saúde para os trabalhadores da siderúrgica e suas famílias, na cidade de Volta Redonda.

Uma conversa cuidadosa com os filhos, Bruno de 11 anos, Felipe de 9 e Isabel de 7 anos, depois que Nadia havia se habilitado ao doutorado na Unicamp, onde terminara com prazo estendido o mestrado em Sociologia. Cautela não faltou, mas não foi fácil convencê-los a deixar seu meio e a socialização se iniciando, a afastar-se dos amigos para ir viver naquela cidade grande, onde havia amigos adultos, tios e primos da Nadia e meus tios e primos no interior, mais incerteza do que o conforto de viver ali no beco da Paraguaçu, atrás do estádio do Coritiba, que os meninos iam ao futebol com o vô Vacel e onde passavam os dias em casa, direto com os amigos de vizinhança desde bebês e a vó Lygia, onde Isabel brincava de casinha a uma quadra apenas. Enfim, logramos o benefício da confiança deles nos pais, embora a dúvida persistisse...

Aceitei o contrato da Logos Pró-Saúde e fomos para São Paulo. Primeiros dias na casa de Stela, amiga que havia trabalhado no Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), em Curitiba, e a procura do apartamento e da escola para a prole. Os meninos foram matriculados na Escola Cuca, na Avenida Pedroso de Moraes, que Bel iniciou antes mesmo da definição do apartamento, alugado logo em seguida na Rua Alves Guimarães, entre Cardeal Arcoverde e Teodoro Sampaio. Um taxista contratado os levaria para a escola e os traria de volta todos os dias.

O rio Tietê vem de Salesópolis, onde se encontram suas nascentes da Serra do Mar, a mais de mil metros de altitude, corta a capital, quando coleta o Tamandateí e o Pinheiros na margem esquerda, e toma o rumo do noroeste do estado até Itapura, onde deságua no rio Paraná, com 1100 quilômetros.

Tietê quer dizer rio bom, verdadeiro, legítimo em Guarani! Em Salesópolis a água brota limpa e transparente por entre pedras, na reserva ambiental do Parque Nascentes do rio Tietê. Já em Biritiba Mirim surgem os primeiros vestígios de poluição por agrotóxicos e fertilizantes que fazem proliferar plantas aquáticas competindo por oxigênio com os peixes e outros seres vivos. Em Mogi das Cruzes o rio começa a receber esgoto doméstico sem tratamento algum, uma descarga de 60 toneladas por dia, de mais de 300 mil moradores.

Na Grande São Paulo, a partir de Guarulhos, são 680 toneladas diárias de esgoto medidas em demanda de oxigênio para consumir a poluição. São 100 quilômetros de rio morto, quando

nenhum peixe ou planta sobrevive - sobrando apenas bactérias anaeróbicas. Em Pirapora do Bom Jesus, depois da capital, espumas brancas que se formam dos restos de detergente agitados pelas cachoeiras. Essas quedas auxiliam o rio a recuperar vida, ajudam barrar a poluição e a movimentar e oxigenar a água, em um processo natural de autodepuração para receber a seguir água de boa qualidade de afluentes como o rio Sorocaba e o rio Capivari. Novos afluentes desembocam jogando água limpa com mais oxigênio, voltando a surgir peixes, plantas, algas e micro-organismos a partir de Conchas. Apesar da poluição remanescente, aqui já há barcos navegando e até quem arrisque nadar. Em Barra Bonita o Tietê já se recuperou do percurso imundo e vira um belo rio. A qualidade das águas ainda não é ideal, mas, com um bom tratamento, já servem para abastecer algumas cidades. Daí até a foz não há medição sistemática da poluição, apenas controles esporádicos em mais 600 quilômetros de curso do Baixo Tietê.

Nas primeiras décadas dos 1900 o rio era utilizado para pesca e atividades desportivas, como as famosas disputas de esportes náuticos e travessias, quando foram criados clubes de natação e regatas, como o Clube Esperia e o Clube de Regatas Tietê.

Na Grande São Paulo a degradação do rio por esgotos domésticos e por poluição industrial tem origem no processo de expansão urbana e de industrialização desordenadas, de 1940 a 1970 principalmente.

Em 1990, apenas 24% do esgoto em São Paulo eram tratados. Hoje, já são 68%. Nesse período, a extensão da faixa de rio completamente poluído diminuiu mais de 200 quilômetros. Hoje, na bacia do Alto Tietê, só 44% dos moradores têm esgoto tratado, mas o rio renasce à medida que se afasta da capital.

O Tietê serviu como via de comunicação e também como acesso natural ao interior do continente, utilizado como “caminho das monções” realizadas ao que hoje é o estado do Mato Grosso nos séculos retrasados de 1700 e 1800.

Volta Redonda é uma laçada quase completa do rio Paraíba do Sul, onde fica a Companhia Siderúrgica Nacional. Lá comecei aplicando o método que Regina Marsiglia tanto me atribuía, fui arrodando, arrodando e fazendo-me confiável aos locais e aos supervisores da empresa Logos Pró-Saúde. Com os primeiros foi mais fácil, conquistei confiança e tive a cooperação do gerente da Logos, Raul Esquinazi e Regina sua esposa, que vieram a morar na cidade. Trouxe em seguida o Lauro Consentino e iniciamos na saúde bucal em parceria com o município inclusive.

A Escola Técnica de Metalurgia Pandiá Calógeras aceitou desenvolver o Curso de Técnico em Higiene Dental, que habilitou profissionais ao trabalho a quatro mãos com os profissionais cirurgiões dentistas e inclusive em “funções delegadas” como se denominam as funções recuperadas ou reassumidas dos profissionais graduados. Esculpir uma restauração, ou remover tártaro, ou aplicar flúor tópico, por exemplo. O professor Cordón da Faculdade de Saúde da UnB também colaborou nesse curso técnico.

Creio que a nomeação como Gerente do Sistema de Atenção Integral em Saúde da Diretoria de Ação Social da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), foi resultado de uma relação do nosso gerente da equipe consultora, dos diretores da CSN e dos supervisores da Logos Pró-Saúde, mas também em confiança ao meu modo de agir.

Trágico foi o desfecho de uma greve dos metalúrgicos, com a morte de dois dos trabalhadores em confronto com a repressão em 9 de novembro de 1988.

O rio Paraíba do Sul resulta da junção de efluentes dos reservatórios do rio Paraibuna e do rio Paraitinga no Estado de São Paulo, toma o rumo leste e percorre 1.150 quilômetros passando por Minas Gerais, até desaguar no oceano Atlântico em São João da Barra - RJ. O Paraíba do Sul é o principal manancial de abastecimento do estado do Rio de Janeiro, e suas águas ainda servem para diluição de esgotos e para irrigação, além da geração hidrelétrica em Paraibuna, Santa Branca e Funil.

A bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul está localizada entre os maiores polos industriais e populacionais do país e se caracteriza pelos conflitos entre seus múltiplos usos e ainda pelo desvio peculiar para o rio Guandu com a finalidade de gerar energia e abastecer em torno de nove milhões de pessoas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. O rio é fonte de captação de águas para abastecimento de 28 dos 52 municípios banhados por ele ou por seus formadores.

A Agência Nacional de Águas (ANA), desde maio de 2014, vem emitindo resoluções que buscam preservar os estoques disponíveis de água nesta bacia, como medida preventiva para o enfrentamento da escassez hídrica. O Comitê de Integração da Bacia Hidrográfica do Rio Paraíba do Sul, conta com a participação de representantes dos órgãos gestores de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, e mantém Grupo de Trabalho Permanente de Acompanhamento da Operação Hidráulica do Paraíba do Sul, onde se discute periodicamente a operação dos reservatórios do Paraíba do Sul (21).

Flávio Próspero, presidente da Logos Pró-Saúde e a diretora Rosa Biezus, muito mais intervencionistas, talvez não acreditassem que eu levaria a equipe a cumprir o contrato

plenamente, ou porque já o haviam firmado, me demitiram um ano antes do tempo mínimo combinado. Demissão antecipada com novo contrato para a condição de consultor por hora trabalhada se houvesse o que fazer em São Paulo. Fiquei sem chão e fui procurar emprego, quando me apresentei ao Felicíssimo, colega da Secretaria de Saúde que me recomendou ao coordenador dos institutos de pesquisa da secretaria, professor Ubiratan D'Ambrózio, matemático da UNICAMP, que me contratou como seu assessor e lá fiquei até a sua substituição por Clóvis Lombardi, dermatologista com experiência em controle de hanseníase, indo logo assessorar o colega epidemiologista Júlio Cesar Rodrigues Pereira, nomeado diretor do Instituto de Saúde. Nesse instituto, anos depois, sob a direção de José da Rocha Carvalheiro, tive oportunidade de participar do encontro em homenagem a Valter da Silva Leser em seus 90 anos, quando ouvimos dele, secretário de saúde de São Paulo por duas gestões, que só duas coisas não têm solução, burrice e velhice!

Nadia esperava nosso quarto filho, Caio ou Ana... Albertina Duarte acompanhou o pré-natal na Vila Pompéia, perto de casa, onde atendia além da meia noite se necessário e fez o parto na Maternidade São Luiz em Santo Amaro. Aninha nasceu de cesariana no dia 7 de outubro de 1989. Stella e Ana Maria, colega da Nadia no doutorado, foram suas madrinhas de registro no Cartório do Jardim América.

Ao fim de junho, meados de 1990 venciu meu tempo de licença sem vencimento da prefeitura e do estado, quando fui desafiado a assumir a SUCEN, Superintendência de Controle de Endemias de São Paulo, sendo Nelson Rodrigues dos Santos, secretário e Ênio Servilha, seu chefe de gabinete.

## **2.10 - Do Iguazu ao Itajaí Açu**

Voltei para Curitiba relutante, tendo me negado a aceitar o convite para a SUCEN, a Sucam de São Paulo, mas também Nelson não permaneceria no cargo, quando José Aristodemo Pinotti retomou a posição de secretário, preterido por Luiz Antônio Fleury, secretário da segurança pública na indicação para disputar o governo do estado. Fleury foi o candidato eleito, sucedendo Orestes Quércia.

Ainda lá em 1979, Nizan Pereira Almeida, colaborador na disciplina de Patologia Básica no Centro de Ciências Biológicas da UFPR, me convidara, já patologista, para participar do ensino com ele, Antônio de Pádua Gomes da Silva e José Fillus Neto. Ao fim daquele primeiro

semestre de 1979 eu estava me preparando para assumir a Diretoria de Saúde e não podia confirmar aulas no segundo semestre, por pouca ou nenhuma disponibilidade, abrindo mão da chance remota de ser colaborador e eventualmente contratado. Nizan caçoava dizendo que eu iria trabalhar na divisão de inativos e pensionistas...

Nizan, contemporâneo de meu primo Artemio Prando e nosso amigo, foi quem me apresentou no Departamento de Patologia, onde me tornei estagiário e também fiz residência em Anatomia Patológica no próprio Hospital de Clínicas.

Logo após a restauração da eleição direta para prefeito das capitais e outros municípios, Roberto Requião eleito e empossado, modificou imediatamente a estrutura de departamentos da prefeitura para secretarias, desmembrando a Diretoria de Saúde da área social para ser a Secretaria de Saúde.

Assim Nizan Pereira Almeida seria elevado ao cargo superior à 'divisão de inativos e pensionistas', vindo a ser o primeiro secretário de saúde de Curitiba, tendo muito antes deixado o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a nossa equipe na secretaria estadual por discordância com a orientação que déramos ao departamento de atenção à saúde e por outras mais...

Como prefeito e secretário Requião e Nizan deram impulso decisivo ao projeto de extensão da rede que havíamos tentado negociar sob os propósitos do PREV-SAÚDE, implementaram a instalação de unidades com verbas próprias do município ou empréstimo junto à Caixa Econômica, quando não havia recursos de programas federais ou mesmo estadual.

No governo do Estado, José Richa foi sucedido por Álvaro Dias, que foi sucedido por Requião, quando Nizan veio a ser secretário estadual e eu seria secretário municipal de saúde de Curitiba em 1992 com o prefeito Jaime Lerner e de 1993 a 1994 com Rafael Greca.

Cheguei ao cargo de SMS tendo trabalhado antes na Diretoria de Saúde, vindo de São Paulo no segundo ano do terceiro governo de Jaime Lerner e assumindo como assessor de Mário Leitão, meu colega de turma contratado para a nossa equipe de 1979. Mário fora indicado para o cargo tendo feito parte da campanha de 12 dias em que Jaime se elegera prefeito pelo PDT. Atuaríamos juntos outra vez, aproveitando a oportunidade de cooperação configurada entre as autoridades de saúde do município, do estado e da união, em sintonia com o interesse que havíamos apontado desde a formulação do Programa Nacional de Cuidados Básico de Saúde, o PREV-SAÚDE, que então não progredira por circunstâncias que não se repetiriam naquela nova conjuntura, mesmo em diferentes posições políticas. Estávamos de acordo a respeito das



diretrizes de descentralização e de conformação de uma rede de saúde municipal descentralizada e integrada.

A negociação mesmo sob a norma operacional básica, dispositivo da gestão da autarquia INAMPS, a NOB 01/91, poderia surtir efeitos importantes para iniciarmos a unificação da rede. Ricardo Ackel, então presidente do INAMPS transferido para o Ministério da Saúde, fora nosso veterano no curso e na residência médica, contemporâneo de Nizan Pereira, secretário estadual e de Alcení Guerra, Ministro da Saúde, o superintendente que nos apoiara na cessão dos médicos para a Vila São Pedro e recomendara a audiência do Prefeito Jaime Lerner com o ministro Jair Soares da Previdência e Assistência Social em 1980.

Mário Leitão aceitou ao propósito retomado com autorização do prefeito e demos tratos ao projeto que resultou no financiamento pelo programa de extensão de cobertura do ministério da saúde, tendo o INAMPS sob sua gestão.

Então, eu já estava colaborando com o novo curso de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau, a FURB, onde passava meia semana, cumprindo jornada de 20 horas lá e outras 20 horas em Curitiba. Lecionei Bioestatística e Patologia Básica entre 1991 e 1992, quando fui nomeado coordenador de programas de saúde para vir assumir a secretaria, caso se confirmasse a candidatura a vereador de Mário Leitão.

O rio Itajaí Açu, cujas nascentes vêm de Rio dos Cedros, Papanduva e Alfredo Wagner, é formado pela junção do rio Itajaí do Sul com o rio Itajaí do Oeste no município de Rio do Sul e desce vertiginoso, percorrendo 47 municípios até chegar, imponente, à foz no Atlântico, entre Itajaí e Navegantes.

**Figura 16** - Ponte da Estrada de Ferro, Rio Itajaí Açu, Blumenau-SC.



O Vale do Itajaí foi colonizado a partir de Blumenau por agricultores alemães e italianos e, em menor proporção, por poloneses e portugueses. Tanto a floresta quanto os índios das tribos Xokleng, Kaingang e Guarani foram considerados obstáculos aos objetivos e ao modelo de “desenvolvimento” almejado pelos imigrantes europeus.

O modelo agrícola baseado em desmatamento e queimada, sem áreas de preservação permanente e tampouco controle erosão mais a introdução dos adubos químicos e agrotóxicos, reduziu drasticamente a cobertura florestal, a fertilidade dos solos e a quantidade e qualidade das águas. Em menos de 100 anos de ‘crescimento econômico’ foram destruídas aproximadamente 80% das florestas do Alto Vale do Itajaí, reduzindo a variedade de espécies animais e extinguindo outras como a onça-pintada e a anta.

As enchentes, fenômeno secular na região, passaram a ocorrer com mais frequência, pela diminuição da infiltração no solo e o assoreamento dos rios, resultado direto da falta de cobertura florestal, do não controle de erosão e da construção de estradas e cidades.

Enfim, deixaria Blumenau, embora tivesse sido aprovado em concurso para ambas disciplinas. Retornei com certo pesar, mas era para me dedicar integralmente à gestão da saúde no município, substituindo o secretário candidato em 1992.

O projeto de cooperação com o Ministério da Saúde ganhou força e tivemos apoio para edificar mais de uma dezena de unidades de saúde, reformar e ampliar outras tantas, prover a oferta de atenção em saúde bucal em todas as unidades e criar as unidades de saúde 24 Horas, cuja denominação veio a ser adotada mais tarde na proposta nacional de unidades de saúde de pronto atendimento sob a sigla de UPA 24Horas, como até hoje.

A diferença das unidades de saúde 24 Horas, nome que aproveitamos da gestão municipal ao criar a Rua 24 Horas com serviços sempre abertos, dia e noite, foi adotar essa estratégia inédita em adensados urbanos, bairros muito povoados e sem atenção continuada à saúde, além das unidades básicas com no máximo o horário estendido até as 21 horas.

Fomos pioneiros em adotar em uma capital com mais de milhão e meio de habitantes, as unidades mistas inspiradas na experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, a lendária Fundação SESP, hoje Fundação Nacional de Saúde. Antes mesmo de obter financiamento para as novas edificações, adaptamos a unidade básica do Sítio Cercado para começar a experiência inovadora, sob a coordenação do colega Altair, médico pediatra,

aproveitando os horários estendidos para converter em plantões de 12 horas, a noite e o dia todo, todos os dias da semana, do mês e do ano.

Rafael Greca, deputado estadual e pleiteante à indicação de candidato a prefeito, dizia que podíamos jogar a chave fora, pois tais serviços jamais fechariam as portas!

As unidades ‘fecha-nunca’ permanecem abertas até hoje, mas vieram se afastando do propósito inicial de compor suas equipes com profissionais da própria rede, compensando seus horários entre as unidades básicas e as de pronto atendimento. Quanto mais conhecidos os profissionais e os usuários entre si, melhor e mais efetivo é o atendimento às situações de urgência e emergência ou de acompanhamento, com a necessária retaguarda hospitalar.

Os serviços de pronto socorro conveniados com o município reclamariam imediatamente, por receio de perda em arrecadação que os casos mais simples lhes proporcionavam, embora custassem a distância e a plethora aos usuários. Uma evidência da inércia da lógica impregnada na sustentação dos serviços de saúde entre nós, a oferta que se nutre da demanda.

Os convênios dos hospitais de pronto socorro foram majorados e mesmo assim seguiram com dificuldades, segundo informavam, até se estabelecerem os acordos de parceria em cuidar das unidades 24 Horas e de sua retaguarda, o que resolve a sustentação das equipes, mas não supera a impessoalidade, não a republicana, mas a do desconhecimento entre os que atendem e os que são atendidos. É imperioso rever essa dinâmica, sob pena de gastar em dobro, com as unidades básicas a as unidades de pronto atendimento, como, aliás, vêm buscando superar em várias administrações municipais, inclusive Curitiba. Entre 92 e 93 concluímos a instalação das unidades de saúde 24 Horas, reproduzindo a ideia de sua integração com as unidades básicas em módulos regionais bem definidos: Boqueirão, Campina do Siqueira, Fazendinha e Boa Vista, além daquela pioneira do Sítio Cercado.

Ainda em 1992, receberíamos várias visitas de secretários municipais, professores e estudantes e inclusive o sempre atento e cordial, José Francisco Paranaguá, que pode constatar o andamento das obras da unidade 24 Horas da Fazendinha, testemunhando pessoalmente o esforço e a intensa dinâmica de mudança.

Antes, porém, que tudo isso acontecesse, o secretário Mário Leitão havia se empenhado em organizar o sistema de exames laboratoriais complementares, construindo-se inclusive o prédio para o fim específico com profissionais lotados especialmente para o funcionamento da unidade em rede com todas as unidades básicas.

A racionalidade permitiria otimizar recursos materiais e humanos com garantia de quantidade e qualidade, como também balancear as relações com prestadores privados, que em sendo contratados não poderiam se considerar insubstituíveis.

Em atenção à saúde é recomendável ter sempre mais de uma solução para o mesmo problema, de modo a não ficarmos na dependência de qualquer prestador exclusivo. O que mais importa é não faltar os serviços essenciais ao atendimento necessário e imprescindíveis à segurança de profissionais e usuários.

Antes de assumir o cargo de secretário, logo que havia retornado de São Paulo, participei do EIA RIMA para adução do rio Jordão ao lago/reservatório da Usina Hidrelétrica de Salto Segredo, que já se encontrava em operação. Igualmente fiz parte como consultor de saúde do EIA RIMA para a construção de um novo reservatório para abastecimento da Região Metropolitana de Curitiba, da Companhia de Saneamento do Paraná, SANEPAR.

## **2.11 - Nascer em Curitiba Vale a Vida!**

Rafael Greca, eleito, me confirmaria como secretário e então faríamos uma reorganização da secretaria de saúde chamando para aquilo que tenho denominado de ‘habilitação’, todos os quadros profissionais que tinham história de gestão ou interesse por participar da nova gestão, independentes de qualquer vinculação política, o que valia era mesmo o compromisso e a contribuição técnica e administrativa e por consequência, também a contribuição política, que poderiam aportar ao esforço de instalar a regionalização com descentralização da atenção à saúde na função inovadora de autoridade sanitária local.

Mario tivera mais de 2 mil votos, mas não o suficiente para alcançar uma cadeira na câmara de vereadores. Deixara encaminhado outro projeto sob minha coordenação em parceria com a equipe e especialmente com a médica pediatra Lucineli de Laat, então minha companheira.

Seria o nascer em Curitiba, parte de uma trilogia que contemplaria nascer, viver e envelhecer, no sentido de nos responsabilizarmos por bem cuidar da condição humana em saúde, desde a infância, do nascimento à adolescência, à vida adulta e à maturidade, e mesmo da atenção à morte, que deve ser evitada pelos serviços de saúde, mas há que ser dignamente cuidada, quando inexorável.

O prefeito Jaime Lerner reclamara essa reorganização do atendimento, mas só tivemos pronta a proposta de atuação em fins de seu governo municipal. Rafael via com entusiasmo a

possibilidade de garantir atenção às gestantes no pré-natal e no parto, considerando inclusive que o município arcasse com os custos da atenção hospitalar, um vale assistência talvez, além da atenção primária na própria rede. Fizemos a proposta então focada no nascer, primeiro módulo da trilogia, e acertamos denominar ‘Nascer em Curitiba Vale a Vida’!

Nossa fonte de referência foi a Secretaria de Saúde de Santos, secretária Cidinha e prefeito David Capistrano e sua equipe, que tinham aperfeiçoado a proposta de trabalho iniciada ainda em Bauru, onde David fora secretário, antes de Santos...

O ‘Nascer em Curitiba Vale a Vida’ foi oficializado nos 300 anos da cidade, em 29 de março de 1993, pelo prefeito Rafael Greca, na Maternidade do Rosário, onde ele próprio havia nascido, unidade que mais colaborava com a atenção ao parto pelo SUS e que teria apoio técnico e financeiro para melhoria de condições físicas e materiais, para ampliação e manutenção do atendimento com garantia da qualidade dos serviços, como de fato viria a ocorrer. Todas as outras maternidades foram incluídas, desde que atendessem pelo SUS, não se descuidando da atenção ao binômio mãe-filho, embora ainda não tratássemos de infertilidade e tenhamos ficado aquém do programa de atenção integral à saúde da mulher, o que se pretendia alcançar com o viver em Curitiba. Estávamos inovando com o expediente da ‘contratualização’, que depois veio a ser assim denominada e oficializada.

O olhar em retrospectiva me faz ver quanto melhoramos, ainda que abaixo do ideal e em quase 40 anos, se um ano depois de formado em medicina, a capital do estado, reconhecida por suas conquistas ainda apresentava mortalidade infantil de 73,40 óbitos de menores de um ano por 1000 nascidos vivos. De 1979 a 1982 houve decréscimo significativo do coeficiente de mortalidade infantil, sem que tivéssemos instalado o projeto desenhado com a cooperação do IPPUC e com nossa expectativa entusiasmada, favorável à aplicação dos princípios do Programa Nacional de Cuidados Primários de Saúde, quando poderíamos universalizar a cobertura por atenção primária à saúde.

**Tabela 1** – Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos. Curitiba, 1977-1982

<b>Ano</b>	<b>Coeficiente</b>
1977	73,4
1978	53,52
1979	47,32
1980	42,98
1981	38,28
1982	35,93

**Fonte:** Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha e Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social.

Em 1980, o coeficiente de mortalidade infantil em Curitiba já estava ligeiramente abaixo dos coeficientes das maiores cidades do país, São Paulo e Rio de Janeiro, quase alcançando o Distrito Federal, mas todas as quatro – São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Distrito Federal com esse indicador muito desfavorável em relação a Porto Alegre, que apresentava 18,02 óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos e também em relação a Florianópolis com 27,72 óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos.

**Tabela 2** - Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos, algumas capitais no Brasil – 1980.

<b>Capitais</b>	<b>Coeficiente</b>
Porto Velho	100,99
Belém	88,55
Fortaleza	106,5
Salvador	78,21
Rio de Janeiro	43,20
São Paulo	51,55
Florianópolis	27,72
Porto Alegre	18,02
Campo Grande	58,64
Distrito Federal	41,53

**Fonte:** IPARDES/IPPUC, 1984 (com base nas estatísticas de mortalidade, Ministério da Saúde, Brasília, 1983, e estatísticas de registro civil, IBGE, 1980).

O Brasil apresentava coeficiente de mortalidade infantil de 69,1 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos ainda em 1980, menor que o da Guatemala, mas o dobro ou mais que o mesmo indicador do Chile, e todos os três latino-americanos, com coeficientes bem acima dos Estados Unidos, da França, do Japão e da Suécia. O coeficiente dos Estados Unidos ainda maior que os de seus pares do hemisfério norte, embora fosse o mais rico.

**Tabela 3** - Coeficientes de Mortalidade Infantil, óbitos/1.000 nascidos vivos, alguns países – 1980.

<b>Países</b>	<b>Coeficiente</b>
EUA	12,5
Japão	7,5
Suécia	6,9
França	10,0
Chile	31,9
Guatemala	85,9
Brasil	69,1

**Fonte:** Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha/CPC, Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social/AIT (com base nas estatísticas de mortalidade, Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 1982/1983 e World Health Statistics Annual, 1982) e IBGE.

**Tabela 4** - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil por 1000 nascidos vivos, Curitiba - 1979 a 2014.

Ano	Número de óbitos infantis				Coeficiente* de mortalidade			
	0 a 6d	7a 27d	28d a 11m	< 1 ano	0 a 6d	7 a 27 d	28 d a 11 m	Infantil
79	424	151	1018	1596	12,57	4,48	30,18	47,32
80	411	117	920	1454	12,06	3,43	26,99	42,66
81	481	119	727	1332	13,83	3,42	20,91	38,31
82	484	153	614	1261	13,83	4,37	17,55	36,04
83	455	124	564	1146	14,07	3,83	17,44	35,44
84	368	107	569	1046	12,44	3,62	19,23	35,35
85	367	74	531	972	12,20	2,46	17,65	32,31
86	355	103	441	899	11,73	3,40	14,57	29,70
87	378	92	394	865	12,59	3,06	13,12	28,81
88	404	115	439	958	12,64	3,60	13,73	29,97
89	366	80	424	895	11,52	2,52	13,35	28,18
90	381	105	427	916	12,68	3,49	14,21	30,47
91	374	90	326	791	12,81	3,08	11,16	27,09
92	306	70	275	651	10,91	2,50	9,81	23,21
93	274	68	316	670	9,29	2,31	10,72	22,72
94	287	71	248	606	9,46	2,34	8,18	19,98
95	296	79	231	606	9,94	2,65	7,76	20,35
96	273	77	188	538	9,46	2,67	6,52	18,65
97	249	75	152	476	8,58	2,58	5,24	16,40
98	241	45	197	483	8,30	1,55	6,79	16,64
99	241	52	143	436	8,16	1,76	4,84	14,77
00	232	60	144	436	7,90	2,04	4,90	14,85
01	195	50	125	370	7,19	1,84	4,61	13,65
02	175	52	84	311	6,64	1,97	3,19	11,79
03	173	42	93	308	6,96	1,69	3,74	12,39
04	146	46	91	283	5,79	1,82	3,61	11,23
05	144	52	97	293	5,87	2,12	3,95	11,94
06	140	50	69	259	5,66	2,02	2,79	10,47
07	124	42	90	256	5,09	1,72	3,69	10,51
08	136	44	70	250	5,37	1,74	2,74	9,86
09	120	38	65	223	4,83	1,53	2,61	8,97
10	132	45	54	231	5,16	1,77	2,13	9,11
11	109	47	64	221	4,32	1,86	2,53	8,75
12	140	40	59	239	5,58	1,59	2,35	9,53
13	120	33	67	220	4,81	1,32	2,69	8,82
14	123	21	47	191	4,96	0,85	1,89	7,70

Fonte: 1979 a 2013 – DATASUS/MS.

2014 – SIM/SMS (dados preliminares) \* Coeficiente por 1000 nascidos vivos

Em 1999, o nascer em Curitiba foi reforçado com a vinculação entre as gestantes e as unidades de atenção ao parto, somando esforços das unidades de saúde, das regionais e da equipe gestora municipal, sob a gestão do secretário Luciano Ducci e do prefeito Cassio Taniguchi, passando a ser denominado ‘Mãe Curitibana’. A experiência de controle e redução da mortalidade infantil veio inspirar projeto de lei do secretário eleito para a assembleia legislativa resultante no ‘Mãe Paranaense’ e vindo contribuir de algum modo para outras versões municipais e estaduais país afora.

Morrer, só quando exauridas todas as possibilidades de bem viver, com idade avançada de preferência. No entanto, o que temos visto de mais significativo além de proteger a maternidade e a infância e reduzir a mortalidade infantil e materna? Reduzimos as mortes por causas controláveis pelos serviços de saúde, embora nem todas, mas nossas crianças protegidas na primeira infância e na idade escolar são vítimas de violência acidental ou mesmo intencional

cada vez mais precoce e frequente, embora não as tenhamos criado para matar. Tendo sido consultor do CONASS, que havia presidido em 1996, na gestão de Osmar Terra, tive oportunidade de contribuir com um texto sobre a violência emergente nos últimos tempos: *Violência ou Mal-Estar da Civilização?*

Sigmund Freud preconizava que para conter as agressões do indivíduo contra a humanidade só havia um caminho, a civilização. Só a civilização seria capaz de conter o ímpeto de destruição que habita cada um de nós, e mesmo assim a barbárie se insinua e irrompe a qualquer momento. Contra essa ameaça, não há garantia. Haverá, todavia, como ser saudável em meio ao mal-estar? O homem em estado de natureza venceu espécies semelhantes, nutrindo-se da carne dos vencidos, fonte de proteína indispensável para sustentar seu máximo desenvolvimento neurológico e alcançando desse modo a maior proporção cérebro-corporal de todas as espécies, mesmo assim, sob a lei do mais forte! No começo vivíamos na intempérie, sofrendo toda forma de agressão da natureza, ameaçados pelo raio e inundação, pela erupção vulcânica e nevasca, senão expostos ao ataque dos animais, ao veneno das plantas ou ao parasitismo metazoário, à infestação de protozoários e à infecção bacteriana ou viral. As doenças herdadas nem eram manifestas, pois não havia esperança de vida suficiente para que fossem identificadas.

Vencidas as primeiras adversidades, só então pudemos ter evidência dos males hereditários, alguns só se revelando mais recentemente como as neoplasias de tendência familiar. Outras situações puderam ser evitadas com o progresso da genética e do seu aconselhamento, assim como já se descortinam possibilidades de superar deficiências diversas com aporte da biotecnologia, da cultura de células tronco e da modelagem de órgãos.

Agora, a civilização preconizada como remédio de toda a barbárie se manifesta como tal, comprometendo vidas saudáveis, quando faz crescer vidas em vão, sem lhes assegurar como ser plenas, na periferia ou no “down-town” de metrópoles glamorosas, até mesmo nos povoados mais rurais que urbanos. Maior que toda e qualquer pandemia infecciosa, a violência toma conta do mundo inteiro. Sem causa específica, atribuída a todo tipo de falta ou insuficiência, tendo sido concentrada nas grandes guerras ou nas guerras coloniais mais remotas aos centros em conflito, a violência se apresenta mais difusa a cada dia e assim vai se configurando em lugar comum, uma epidemia que se transforma numa endemia conhecida de todos, crescendo entre a miséria e a opulência, cada vez mais naturalizada e menos estranha ao olhar acostumado.

Violência não é natural, mas resultado exatamente do desequilíbrio das nossas relações sociais, econômicas e políticas, o mais cruel dos produtos que acabamos gerando em nome do crescimento econômico, da transformação de tudo em mercadoria, da civilização ocidental que se mundializa sob a égide do capitalismo global.

Naturalizar a violência é um fenômeno de efeito tão perverso quanto a mesma, pois acabamos retornando às teses ultrapassadas de uma biotipologia para o crime, nos tornando suscetíveis à oferta de bens e serviços de prevenção e proteção contra o mal, envidamos esforços redobrados e recursos já tão escassos em iniciativas pouco eficazes que acarretam mais violência, brutalizando ainda mais as pessoas ainda mais, ao invés de desarmar os espíritos.



Os serviços de saúde não atuam diretamente sobre a causação objetiva da violência, não têm alcance aparente sobre a sua determinação e permanecem assim contemplando a generalização da epidemia, atendendo vítimas sem cessar, cuja recuperação é incerta e muitas vezes insatisfatória, mas sempre e cada vez mais custosa em trabalho, em atenção intensiva, em leitos e em recursos materiais. Por outro lado, não há talvez outro setor de atividade tão bem organizado e presente na vida das pessoas do que o setor saúde, cuja principal característica é proteger desde a coletividade até o indivíduo por meio do cuidado.

Cuidar é a nossa missão primordial, mesmo que nada mais haja por fazer, devemos cuidar sempre, a essência do sentido de civilização na obra de Freud. Esta é a melhor resposta para uma sociedade que sofre às raias da violência endêmica, pois só o cuidado é capaz de identificar o sujeito que reside em cada um dos seres humanos, a pessoa que há em cada um de nós.

O mal-estar que toma conta da civilização tem de fato múltiplos determinantes, como a falta generalizada de condições que nos permitam viver com esperança de realizar nossos sonhos precisa ser superada ainda que em parte. Porém, nem mesmo a supressão total de nossas carências materiais será capaz de obturar o essencial, a falta subjetiva que confere ao humano a sua própria humanidade, qual seja o desejo. A falta se exprime em desejo. Desejo de ter, de possuir, mas acima de tudo desejo de ser. E o ser, só o é enquanto significa, enquanto interage com outro ser e se identifica pela relação que lhe atribui significado. Esta é uma réstia de esperança com que os serviços de saúde podem iluminar o caminho da superação da violência e readquirir sentido para além da reparação do mal consumado: dar atenção e cuidado a todos em todas as situações que nos façam sofrer, das mais simples às mais complicadas. Não deixar sem atenção quem quer que seja e, mais do que acolher e reparar, dar valor à pessoa, reconhecendo-a como ser significativa que ela é. Aceitar e nutrir o vínculo, condição indispensável a um sistema de proteção à saúde e bem-estar.

Embora tarde, sempre é tempo de fazer o que é preciso e indispensável, ou seja, construir um sistema social baseado na pessoa e não na produção pura e simples.

Isto serve para nós do sistema de saúde especialmente, pois em duas décadas de Sistema Único de Saúde ainda estamos longe de unificar as práticas assistenciais, preventivas e promocionais da saúde. Seguimos em inércia, iludidos na ideia de produzir saúde pelo consumo de bens e serviços adquiridos por procedimentos, privilegiando a produtividade em prejuízo da qualidade, a máquina em prejuízo da clínica, a droga em prejuízo da ação terapêutica.

É preciso reconhecer a necessidade da oferta de serviços no vértice de maior agregação tecnológica e de mão-de-obra especializada para atender a situação de fato. Irrecorrível que assim seja, mas ao mesmo tempo, não vamos lograr êxito no domínio e controle de uma epidemia que se “endemisa”, sem a devida reversão do sistema de saúde e o aporte de outras políticas públicas como a educação para a sociedade promover e conquistar a cidadania plena (22).

A NOB 93 viria então a ser oficializada em sucessão à NOB 91, resultado da atuação dos secretários municipais de saúde por meio do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o CONASEMS, sob a presidência de José Eri Medeiros, secretário de saúde de Venâncio Aires-RS e com a contribuição de um grupo de discussão e formulação da proposta, em especial

do secretário de saúde de São José dos Campos, Gilson de Cássia Marques de Carvalho, o qual foi nomeado Secretário de Atenção à Saúde, após o período em que o presidente do INAMPS, deputado Mosconi, conduziu a autarquia ao encerramento, em consequência da lei nº 8689 de 27 de julho de 1993, cuja proposta fora feita por Sérgio Arouca, deputado federal pelo Rio de Janeiro.

O desafio de cumprir e fazer cumprir a lei como seria denominada a nova norma, propunha a descentralização da saúde em gestão incipiente, gestão intermediária e gestão semiplena, continuando a reproduzir este viés normativo da autarquia federal inampliária, embora encerrada e incorporada pelo ministério da saúde!

Então, já vínhamos cooperando efetivamente entre o município e o estado, assumindo a atenção ambulatorial especializada e depois hospitalar, além das unidades básicas já repassadas. Assim também uma versão preliminar da gestão plena do sistema viria acontecer entre nós, antecipando o que iríamos defender na presidência do CONASS em 1996. Nossos diretores de atenção à saúde foram Luiz Fernando Nicz pela secretaria estadual e Luciano Ducci pela secretaria municipal.

Tendo estado no Encontro de Aracaju no ano anterior, quando o movimento dos secretários afinaria o entendimento da nova norma a ser aplicada, bem como o discurso político institucional, continuei participando sempre que possível. Desse modo formaria com os secretários da região sul um bloco unido e combativo, tendo como nossa liderança a par do presidente José Eri Medeiros, Ângela Bresotto, então secretária de Bento Gonçalves-RS. O estabelecimento da comissão tripartite foi imediato, quando tivemos oportunidade de propor sua composição em bancadas de 5 membros de cada uma das três instâncias de governo, federal, estadual/distrital e municipal representando as macrorregiões do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Uma iniciativa como gestor municipal, que sempre associo com a lembrança daquele evento de Aracaju, foi a implantação na véspera da vacina contra *Hemophilus*, que havíamos adquirido com recursos do Fundo Municipal de Saúde. Proteção imunológica para as crianças de Curitiba, contra a meningite que o germe vinha provocando em proporção crescente, mas havíamos feito um recorte arbitrário da população residente na região metropolitana. Não negaríamos, como não o fizemos, que crianças residentes fora do município viessem usufruir do bem disponível para os curitibanos, especialmente em caso de conurbação.

Então os ‘son-ab-it-ir-uc’, por inversão do gentílico curitibanos, de que tanto nos orgulhamos, não foram consultados e, tampouco, os gestores municipais e estaduais de saúde. Esta é outra ‘máxima mínima’, no sentido de que em gestão pública, especialmente de saúde, não se deve recortar os contínuos populacionais, pois podemos provocar ônus físico, biológico e moral segregando populações. Será que nada resultou irreparável ou em parte, ao acolhermos a demanda dos vizinhos?

O episódio serviria para nos advertir sobre a impropriedade da atitude voltada apenas para nossa população local, uma vez que o problema também comprometia a região inteira. Muito além dos custos majoráveis por adesão descontrolada, com eventual prejuízo dos residentes, caso a afluência fosse demasiada, o que não ocorreu, o fato de recortar populações pode comprometer a efetividade da ação, pior que tudo, pode ter comprometido o sentido de organicidade do sistema metropolitano. Isto pode ter sido o maior dano, ainda que silencioso, mas talvez a soma de atitudes dessa natureza esteja na base das dificuldades de construirmos as regiões de saúde e lograr sua administração compartilhada.

Não por acaso, as regiões metropolitanas, em geral, têm retardado a organização de sistemas regionalizados. A regionalização é a tarefa que perdura quase inexequível, dentre todos os pressupostos administrativos da reforma sanitária. Há beneficiários desta tarefa inconclusa, condição que se atribui habitualmente aos políticos, mas serão mesmo eles os principais interessados no fracionamento institucional e operacional das ações de saúde?! O melhor resultado técnico assistencial, epidemiológico e sanitário, redundando em segurança e economicidade, não é o que se pode oferecer de maior rendimento político?!

Como secretário de capital tomei parte do Conselho de Representantes dos Estados, o CONARES, que se reunia periodicamente com a direção nacional do CONASEMS, reportando o andamento das gestões municipais na relação com os gestores estaduais e entre si, estabelecendo estratégia e tática para o alcance de objetivos e metas do movimento, em especial afirmando a autoridade sanitária local sob o princípio de gestão única em cada instância de governo. Nesse colegiado se abriria a discussão sobre onde realizar o 9º Encontro Nacional de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde, quando nos ofereceríamos, com autorização do prefeito, para sediá-lo em Curitiba. Então me cabia atuar no interesse dos secretários do Paraná, pois era o combinado, que o presidente cuidava da relação com o estado, Araré Gonçalves Cordeiro Junior, secretário de Araucária e eu como vice-presidente das relações nacionais do Conselho de Secretários Municipais do Paraná, o COSEMS-PR, nome

padronizado que substituíra o nome original da nossa Associação Paranaense de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde, a pioneira APASEMS. Criada por inspiração do coletivo de departamentos de saúde da Associação de Municípios do Médio Paranapanema, da região de Londrina, a AMMEPAR, onde atuava com especial dedicação o colega Gilberto Berghio Martin, atual secretário de saúde de Londrina, foi diretor de saúde, secretário municipal e prefeito de Cambé, deputado estadual e secretário de saúde do último governo de Roberto Requião em 2009 e 2010.

Prefeito, saúde tem jeito! Este foi um mantra inspirado por nós para difundir entre os executivos municipais a ideia de que podíamos fazer mais e melhor com os recursos dispendidos pelas prefeituras, pelo ministério da saúde, tendo incorporado o INAMPS e com alguma participação dos estados em todas as regiões do país.

Nesse encontro do CONASEMS em Curitiba, 9º e último, porque o próximo seria denominado congresso, fui eleito vice-presidente nacional superando manobras de apoiadores e do próprio presidente da APASEMS/COSEMS-PR, talvez arrependido da nossa negociação quando fomos eleitos vice-presidente e presidente com apenas um voto de diferença no encontro estadual de Guarapuava, onde René José Moreira dos Santos era assessor especial de saúde e Maria José Mandu Ribeiro Ribas, secretária municipal.

Raimundo Bezerra, eleito novo presidente do CONASEMS, secretário de saúde de Fortaleza, vinha trabalhando intensamente no combate ao cólera que assolava a sua capital e na luta pela descentralização da saúde, mas estávamos lhe reconhecendo o mérito do protagonismo constituinte e pela proposta do projeto de lei que veio a ser transformado na lei 8080, vetada parcialmente por Fernando Collor de Mello e seguida da negociação que resultou na Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Raimundo concluiria sua gestão antecipadamente, para se candidatar de novo à Câmara de Deputados, tendo sido eleito em 1994 de volta pra Brasília!

Foi assim que me tornei presidente do CONASEMS, em lugar do nosso líder parlamentar e executivo da saúde, médico cardiologista no Crato, que veio ao mundo para fazer as coisas acontecerem, sucessão que muito me honrava e me caberia honrar igualmente! Ainda mais que logo nessa legislatura ele morreria acometido de um tumor de fígado. Como tive a presença de grafar nos versos cometidos em sua homenagem, Raimundo era 80/80!

A mudança da presidência não alterou o principal, nossa luta continuava e teria o reforço da eleição para a câmara de deputados, não só de Raimundo Bezerra pelo Ceará, mas outros estados poderiam aportar representantes em Brasília, novos ou reconduzidos e assim se deu

com a ampliação da frente nacional da saúde, creio, extrapolando a Comissão de Seguridade Social e Família, à qual está afeta a política de saúde.

Itamar Franco nomeara Fernando Henrique Cardoso para Relações Exteriores e depois para o Ministério da Fazenda. Era a vez do Plano Real, da Unidade Real de Valor, a URV, que tomava conta de toda a economia para em seguida instituir-se a nova moeda brasileira, o Real, cuja transição era administrada técnica e politicamente.

Na saúde, intensiva em mão de obra e dependente de insumos já remunerados ou comprados em URV, só faltava receber em URV, o que permanecia sendo em cruzeiros reais defasados 45 a 50 dias em relação à prestação dos serviços. Publiquei artigo na Revista Saúde em Debate nº 42, de março de 1994, ainda como vice-presidente, e na Gazeta do Povo de Curitiba, dia 28 de abril, alertando que necessitávamos receber até 30 de abril de 1994, nada mais que 589 bilhões de cruzeiros reais, a velha moeda, sobre serviços realizados em março por mais de 6 mil hospitais e 35 mil postos de atendimento ambulatorial, toda a rede de saúde do país, estatal, beneficente ou privada que atendia pelo SUS.

Se tal se verificasse, como de fato, continuaríamos de portas abertas apesar das dificuldades, pois dali em diante os pagamentos seriam feitos com base na URV do quinto dia do mês subsequente, ou seja, a URV do dia 5 de maio para pagar os serviços prestados em abril, mas só no décimo dia, dia 10 de maio, de 70% do faturado, restando 30% para o dia 30 ou 31 como foi no mês de maio de 1994!

Isto acarretou uma defasagem de 20 dias para o setor, em torno de 17% do faturamento, melhor que continuar indefinidamente sem a indexação, o que significou um orçamento de 12 bilhões de URV ou 12 bilhões de dólares, significando então 13,33% do orçamento da União, reestimado em 90 bilhões. Já então os municípios comprometeriam 3 bilhões de dólares, 15% da nossa receita estimada em 20 bilhões de dólares e os estados outros 3 bilhões, mas apenas 7,5% de uma receita estimada de 40 bilhões de dólares em 1994.

Como presidente do CONASEMS, ouvida a diretoria nacional e comunicado o CONARES, firmei denúncia ao Ministério Público Federal juntamente com o vice-presidente do CONASS no exercício da presidência, professor Cármino da Unicamp, secretário estadual de São Paulo e a Federação de Misericórdias do Brasil, diante da hipótese de paralisação generalizada das redes de atendimento público em todo o país. Era vice-procuradora-geral da república Rachel Dodge. Teria sido esse o motivo da abertura do primeiro inquérito civil público sobre a gestão do Sistema Único de Saúde de âmbito nacional? Não tenho certeza, mas dizia-se que sim.

## 2.12 - O Paradoxo de Atlanta

Desde quando vice-presidente e depois presidente do CONASEMS, de abril a dezembro de 1994, chamava a atenção que municípios comprometidos com a atenção primária à saúde se encontravam com a grave dificuldade de sustentar os serviços de saúde até então financiados pela lógica de pagamento por produção de serviços hospitalares e ambulatoriais. A mesma lógica de pagamento dos estabelecimentos privados estendida aos serviços públicos de saúde, conforme a Norma Operacional Básica, NOB 01/91.

As faturas dos serviços prestados pelos municípios contemplavam apenas a produção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos adotados na vigência de internação e/ou atendimento ambulatorial, conforme uma tabela de unidades de serviço convertidas em valores financeiros.

Adotando o nome fantasia de um município brasileiro, sem localizar algum deles, mas pensando no exemplo de Ronda Alta, no Rio Grande do Sul, escrevi o artigo Paradoxo de Atlanta, publicado pela Revista Saúde em Debate nº 43, de junho de 1994.

Era uma vez Atlanta, um pequeno município perdido na vastidão territorial do Brasil, cuja equipe de governo se empenhou em cumprir os compromissos de campanha com a proposta de defender a saúde, a educação e o bem-estar!

A política então adotada primária por remover as diversas causas das doenças adotando desde a promoção generalizada de hábitos saudáveis, mas principalmente investindo em habitação, emprego e abastecimento/segurança alimentar e inclusive medidas de prevenção específica como vacinação. Essa política resultaria na diminuição da mortalidade infantil, da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis e outras evidências da melhoria das condições de vida produzindo mais saúde!

Trágico, mas verdadeiro para muitos municípios, foi o desfinanciamento da saúde em Atlanta, que permanecia remunerada por doenças atendidas, motivo do alerta que pretendia fazer com o caso do suposto município, acenando para a urgência de mudarmos a lógica do sistema de incentivo ao consumo de bens e serviços para a estratégia de produzir saúde de modo a prescindir ao máximo da atenção à doença como fonte de sustentação da política de saúde. No artigo constava que a cidade precisou que as pessoas voltassem ou continuassem a adoecer, tal a inércia do sistema de transferência de recursos para a gestão pública da saúde por remuneração de doenças atendidas. Já havíamos conquistado a NOB 01/93, melhor orientada, mas ainda muito tímida em transferir recursos aos fundos de saúde dos municípios, do distrito federal e

dos estados. Ao contrário dessa conquista se avizinhava, como viria acontecer, o pagamento da produção de serviços pela vigilância sanitária e a inclusão das endemias sob a remuneração de ações e procedimentos de controle epidemiológico. Sugeria inclusive o cenário de municípios melhor remunerados por ocorrência do que por evitarem malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, hanseníase, dengue e tantas outras, como hoje chicungunha, zika e o que mais vier!

Em contrapartida propúnhamos a acumulação de bem-estar, por incentivo aos que melhor protegessem saúde com fator adicional de estímulo à criatividade e à capacidade gerencial. Concluía com o apelo reiterado do repasse automático de recursos globais para a cobertura das despesas com os serviços adicionados de um diferencial para investimento e promoção do bem-estar. Bastava descentralizar de fato a saúde, o que já era direito desde 1988.

Atlanta é de fato a capital, cidade mais populosa e principal centro cultural, econômico e político da Geórgia, EUA. Sua população era de quase 500 mil dos 5,5 milhões da Grande Atlanta em 2012. Lá se encontra o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos EUA, o famoso CDC, criado a partir da experiência de controle da malária na região. Encontrei mais 8 cidades estadunidenses com o mesmo nome. E no Brasil existe Atalanta, em Santa Catarina, cuja colonização teve início em 1925, elevada à categoria de município em 1964!

**Figura 17** - Cidade de Atalanta - SC Bacia do Rio Itajaí Açú



## **2.13 - O Decreto Fundo a Fundo**

Era o governo Itamar Franco, Denise Paiva principal assessora do presidente e Doutor Saulo, que inclusive foi ministro interino entre Jamil Haddad e Henrique Santillo, seu colega de assessoria na área da saúde. Na presidência do CONASEMS tendo na diretoria Luiz Eugênio Delgado, secretário de saúde de Juiz de Fora, tivemos oportunidade, com a concordância do ministro Henrique Santillo, de nos manifestar em audiência no Palácio do Planalto e conseguir que o presidente Itamar Franco acedesse em mandar redigir o decreto tão almejado, fazendo publicar sob o número 1232 em 30 de agosto de 1994.

E assim, imediatamente, logo em setembro, Gilson Caleman, como diretor de departamento da secretaria de atenção à saúde, se tornaria competente para assinar a ordem de transferir recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal pela primeira vez. Todos consideravam que a norma constitucional era autoaplicável, mas por prudência ninguém assinaria a ordem de transferência de recursos fundo a fundo, como dizíamos se não houvesse tal decreto!

Em publicação coordenada pela professora Maria Fátima de Sousa, tive ocasião de registrar esta conquista específica do movimento de gestores municipais de saúde quando presidente da nossa entidade. Em reconhecimento realizamos um evento do CONASEMS e entregamos ao secretário Luiz Eugênio e ao prefeito Custódio Mattos de Juiz de Fora, uma placa alusiva ao ato do ex-prefeito e presidente Itamar Augusto Cautiero Franco. Este feito do seu mandato presidencial restou gravado em praça pública na cidade que o iniciou na política como vereador e prefeito, um gesto significativo da sua sensibilidade com a gestão municipal no país, que enfrentara a dura década inflacionária, contribuindo até com a transição para a nova moeda Real, mas ganharia com as transferências fundo a fundo, o maior impulso de toda a trajetória de implementação do Sistema Único de Saúde.



**Figura 18** - Presidente Itamar Franco, firmou o Dec. 1232 de 30 de agosto de 1994.



## **2.14 - A Farmácia Básica Curitibana**

Mesmo assim, seguíamos enfrentando dificuldades nas gestões municipais e fazendo dos problemas soluções. Com o apoio decisivo de Rafael Greca, que logo no início da gestão bradava alto e bom som o que ouvia das mães suplicando-lhe: cataflan, cataflan, cataflan... Armando, não quero mais ouvir isso. Tem jeito, não tem? Sim, tem jeito prefeito!

Foi assim que constituímos em poucos meses uma nova lista de medicamentos básicos nos orientando pelo memento nacional, a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Eram mais de 80 apresentações, em torno de 60 fármacos indispensáveis ao atendimento responsável, sem exageros, mas sem faltar com a cobertura das necessidades terapêuticas cotidianas: a Farmácia Básica Curitibana!

No dia de apresentação oficial da nova lista de medicamentos das unidades de saúde, fomos a uma delas, em que acontecia o atendimento diário conforme a sistemática de trabalho, sem qualquer interrupção por estarmos ali, prefeito, secretário, assessores, algum vereador, lideranças comunitárias, moradores da vizinhança e imprensa. Exceto quando falávamos da adoção de produtos de custo acessível, mas de qualidade garantida, como os adquiridos de laboratórios oficiais e outros produtores reconhecidos, com a responsabilidade de manter a qualidade e a quantidade da farmácia básica, eis que uma senhora se dirigiu à dispensação para aviar uma receita e não havia o produto receitado...

O facultativo, como bem lhe cabe este substantivo/adjetivo, havia prescrito SUS ao invés de *Sulfametoxazol* mais *Trimetropin* que compunha a farmácia curitibana, produto genérico de qualidade reconhecida. SUS, por ironia, era o nome comercial para a mesma associação terapêutica de um certo laboratório privado. Por desavisado, talvez, por costume e facilidade, mas quem sabe com intenção de provocar, o profissional interpelado pela chefia da unidade, argumentou que estava no seu direito ético de prescrever livremente. Relevamos um pouco indignados, mas evitando a última hipótese acima. Agora, que direito ético é esse, que ignora ou faz que não sabe, o que custa e o que é trabalhar no serviço público, senão um agente público, que representa o Estado no mister de prestar serviço sob os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência?

## **2.15 - Saúde da Família e Comunidade**

As primeiras equipes de Saúde da Família de Curitiba foram estabelecidas em unidades remotas, começando por um bairro ao sul da cidade, o Tatuquara e depois a vila São José, adotando-se em algumas áreas de abrangência postos satélites das unidades de saúde já estabelecidas. Nessa empreitada tivemos a cooperação inicial do professor Dante Romanó Junior, hoje nome do prêmio da Associação Paranaense de Saúde da Família e Comunidade, que se entusiasmou tanto com a experiência, prestou concurso para médico da prefeitura, foi admitido e trabalhou até aposentar-se por limite de idade.

Dante formou-se em 1952, filho do professor de cirurgia da faculdade, mas se interessava por clínica médica, tendo feito cardiologia em Rosário, Argentina, e a seguir foi para o Instituto Karolinska, Suécia, estudar coagulação por interesse em cuidar de seus pacientes com problemas cardiovasculares.

Dante havia trabalhado vários anos em Porto Alegre, para onde se transferiu com a família e com o vínculo de professor da universidade. Retornou quando éramos estudantes, fomos apresentados pelo meu colega de turma Renato Adam Mendonça. Dantinho como também era chamado, atendia o ambulatório de Angiologia, onde passou a cuidar de meu pai, usuário de anticoagulante, e depois cuidou da Nadia, que tivera um episódio de trombose na gestação do Felipe.

A tradição clínica de Porto Alegre é muito reconhecida, especialmente em saúde comunitária, medicina geral comunitária e mais recente em medicina de família e comunidade, destacando-

se o trabalho da Unidade Murialdo, e depois a equipe do Grupo Hospitalar Conceição, que perdura formando em medicina de família e comunidade incentivado originalmente por Carlos Grossman, com quem teria a honra de receber a medalha de Osvaldo Cruz do Ministério da Saúde.

Dante Romanó Junior, colega e amigo de Carlos Grossmann, agendou uma visita e lá fomos nós visitar o trabalho dele e seus colaboradores em Porto Alegre. As bases de atuação das equipes do GHC estavam no bairro Floresta. Nosso interesse de estabelecer uma cooperação tendo em vista implantar unidades com a orientação adotada havia décadas por Carlos Grossmann. Unidades despojadas, muito simples e algumas bem pobres, mas ocupadas por profissionais que se demonstravam pessoas ativas, acolhedoras e atenciosas conosco e com os clientes e acompanhantes.

Porto Alegre não tinha a rede de unidades de saúde unificada e ainda não havia integração com o programa e as unidades de MSFC do GHC. Ao comentar que nossa rede fora unificada, contava com unidades instaladas em prédios edificadas para tal destinação, com equipamentos de boa qualidade e manutenção adequada, funcionários quase sempre o bastante e a farmácia básica de quase uma centena de itens, ouvi em palavras muito serenas que o importante na atenção à saúde é o conteúdo, a atitude e não simplesmente a estrutura material. Uma lição inesquecível, que hoje repito com muita ênfase: ‘o que define a atenção à saúde é o conteúdo, não o continente’ ou ‘saúde não é uma commodity, saúde não toma a forma do cômodo’. Mais esta mínima?!

Sem nenhuma euforia, muito comedidos, aliás, os membros da equipe de MFC acolheram a ideia de colaborar conosco e fomos discutindo como fazer, até que Mario Tavares, já egresso da residência em medicina de família e comunidade, muito qualificado, tendo outras opções, aceitou trabalhar conosco, mudando-se por algum tempo para Curitiba!

A seguir as informações disponíveis hoje sobre uma unidade de saúde pioneira em saúde da família e comunidade, onde Mário Tavares se dedicava a atender, faça como eu faço, compondo a equipe da unidade e com a presença solidária do servidor concursado professor Dante Romano Júnior!

### **Unidade Municipal de Saúde - São José<sup>14</sup>**

Atende à população com base nos princípios do Programa Saúde da Família. Oferece atendimento de enfermagem, médico e odontológico. Possui médicos generalistas (atendem adultos e crianças) e cirurgiões dentistas. Oferece, ainda, serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização, pré-natal, coleta de material para exame laboratorial, coleta de cito-patológico, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, encaminhamento para internamento e para consultas especializadas. Desenvolve atividades programadas para grupos específicos através do Programa Mãe Curitibana, Atenção à Saúde da Criança, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Adolescente e outros, bem como, atividades de promoção à saúde e estímulo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis. O atendimento é de segunda a sexta-feira das 7h às 18h.

**Endereço:** RUA PIRAI DO SUL, 280

**Complemento:** VILA SÃO JOSÉ

**Bairro:** Cidade Industrial Curitiba - PR

**CEP:** 81290170 **Telefone:** (41)3373-6652

**Regional:** Cidade Industrial DISTRITO SANITÁRIO CIC  
SMS Secretaria Municipal da Saúde Curitiba

---

<sup>14</sup>Reprodução conforme página de informações sobre os serviços prestados pela Prefeitura de Curitiba. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/cidadao/equipamento/unidade-municipal-de-saude-sao-jose/1041>.

### **3 - DO IGUAÇU AO PARANÁ, DE NOVO!**

Em 1994, Jaime Lerner venceria as eleições no primeiro turno, para suceder outra vez Roberto Requião em 1995, como foi na prefeitura da capital em 1989.

Recomendado pelo prefeito Rafael Valdomiro Greca de Macedo para a secretaria estadual de saúde, fui convidado e aceitei de novo os encargos da saúde com Jaime Lerner, que me havia nomeado diretor de saúde no Departamento de Desenvolvimento Social em 1979, autorizado em 1982 a especialização em saúde pública na USP e apoiado que fizesse parte do governo José Richa em 1983, eleito em oposição.

No seu terceiro governo municipal, quando foi eleito com 12 dias de campanha, me havia nomeado assessor, coordenador de programas e secretário de saúde, quando criamos as unidades de saúde 24 Horas em parceria com o ministério da saúde e ampliamos ao dobro o corpo de servidores municipais da saúde para tripular a rede ampliada e descentralizar a gestão por meio das regionais de saúde e das autoridades sanitárias locais.

Assumi em substituição ao Jackson Baduy, diretor geral que substituíra Nizan Pereira, candidato a deputado estadual. Na presença da vice governadora Emília de Salles Belinatti, declarei o compromisso de cumprir o programa aprovado pela eleição, baseado em cinco diretrizes básicas: vigilância à saúde, regionalização e gestão da saúde pelos municípios, participação da sociedade, informação e comunicação social e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde com aperfeiçoamento contínuo em serviço, formando sujeitos sempre mais aptos a conceber e executar o necessário para a solução dos problemas de saúde em crescente dimensão ética, estimulando-se a participação dos profissionais de saúde institucionais, mas também dos agentes de pastorais e de outras organizações não governamentais. Ainda fiz questão de assegurar que todos os programas específicos de relevância para o público seriam mantidos e aperfeiçoados. A missão era muito desafiadora, muito honrosa, mas havia muito por fazer! Respeitando-se a regra da autoridade única, compartilhando problemas e soluções, trabalhando solidariamente, seríamos mais bem sucedidos.

O que nos movia era o entusiasmo com defender a vida, proteger os já vulnerados e não esquecer que todos eram vulneráveis, como sempre, dado que todos morreremos um dia. A demanda crescente nas agências públicas, fossem as unidades de saúde com sua maior capilaridade, ou quaisquer outras, exigia uma postura qualificada, superior àquela da

impessoalidade impessoal, desconhecendo o sujeito que deve atender, mas o fazendo saber que existe uma tal lei do desacato!

Como enfrentar tamanha desproporção entre o que era necessário fazer e o que tínhamos condição imediata de fazer? Acatando as pessoas, antes e tudo!

Arrodear de novo era preciso, era preciso sim! Arrodear no sentido de conversar em rodas, vis-à-vis, a começar com os diversos setores do novo governo, com os gestores federais e municipais, com os pares de gestão estadual da saúde, com as equipes de saúde, com os trabalhadores representados por suas entidades e com os próprios trabalhadores, especialmente com todos os cidadãos atores sociais interessados, individual e coletivamente, respeitando a natureza deliberativa dos conselhos de saúde. Aliás, conforme estabelecera a lei aprovada ao fim da legislatura anterior, projeto do deputado Florisvaldo Fier, tivemos a missão de instalar o novo conselho estadual de saúde, condicionada sua presidência à eleição dentre os membros titulares, em concordância com o recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Além do arrodeio, era preciso ter respostas imediatas, reforçar as instâncias de participação e controle social, cumprir todas as obrigações de gestor institucional de uma reforma em curso, superando o esgotamento da experiência do SUDS, para o que tínhamos o entusiasmo da conquista recente com a estabilidade da moeda e o decreto fundo a fundo desde agosto de 1994.

Para dar conta de tanto desafio eu tive a felicidade de levar parte de uma turma de seis anos trabalhando juntos, dos quais eu fora o secretário por quase três anos. De uma equipe fizemos duas completando-se os cargos com servidores da secretaria ou do instituto de saúde mais alguns convidados sem vínculo estatutário. E assim eu pude contar com Luciano Ducci para diretor geral, o nosso secretário adjunto, Lucineli de Laat para a assessoria, Márcia Huçulack, para a diretoria de atenção à saúde, Mariângela Galvão Simão para a diretoria de epidemiologia, Romeu João Munareto para diretor financeiro, Carlos Homero Giacomini pra diretor de planejamento, Arnaldo Agenor Bertone para diretor de administração e Silvio Gevaerd para diretor de recursos humanos. Janete Argenton, para diretora de vigilância sanitária e Michelle Caputo Neto para diretor da central de medicamentos e Marly Pasqualim para o Centro Formador de Recursos Humanos, servidores do instituto de saúde. Lucineli e Mariângela também eram servidoras municipais e do instituto. Léo Kriger, nomeado de novo!

João Carlos Gonçalves Baracho, diretor de planejamento na gestão municipal, recomendado ao prefeito Rafael Greca assumiu a secretaria municipal de saúde.

Os ocupantes dos cargos de direção na administração anterior foram todos demitidos de uma só vez, mas ficaram respondendo nas suas posições sendo substituídos em pouco tempo, sem nenhuma dificuldade pelo ato impessoal e generalizado, pois o governador fora eleito em oposição e não devíamos titubear com a mudança de direção. A gestão prosseguiu sem dificuldades dessa ordem e inclusive veio aduzindo servidores em cargos de direção, quando preenchiam critérios específicos, sempre que tivemos necessidade, sem prejuízo de sua participação em governo anterior.

Fiz questão de contemplar as recomendações do governador em nomear Agajan Der Petrossian para a Regional de Londrina e Walter Alberto Pecoits para a Regional de Francisco Beltrão, a pedido inclusive de Euclides Scalco. Assim como indicara de novo, em cargos estratégicos da nossa gestão, os colaboradores que compunham a equipe de Luiz Cordoni Júnior e foram injustamente punidos no governo que nos sucedeu em 1987: Romeu João Munareto e Michelle Caputo Neto. Durante as duas quadras contínuas em que fui secretário de saúde, ocuparam cargos de direção servidores de todas as categorias e inclusive tivemos oportunidade de contar com a colaboração de muitos secretários municipais de saúde que se disponibilizavam ao encerrarem suas gestões locais. Geraldo Bieseck e depois Isaías Cantóia foram os assessores “capitão do mato”, que corriam todo o estado em conexão direta com o secretário! Em 14 de janeiro de 2002, quando deixei a secretaria, Walter Alberto Pecoits despediu-se da função pública:

Quando da organização do primeiro governo de Jaime Lerner, tendo Armando Raggio sido indicado Secretário de Saúde, fui convidado para dirigir, a 8ª Regional de Saúde com sede em Francisco Beltrão. Conhecendo-o de longa data, sabedor de suas qualidades para o cargo da Direção da Saúde Pública do Paraná, decidi-me pela aceitação do convite, no desejo de colaborar e auxiliá-lo, aceitando o desafio e assumindo a direção desta Regional de Saúde. Assim, historicamente o convite para o cargo foi uma escolha pessoal de Armando Raggio, credenciada pelo governador Jaime Lerner, não tendo tido qualquer vínculo político de ordem partidária e, satisfazendo meu desejo de colaboração a quem eu tanto apreciava, dentro de uma área associada a minha formação profissional. Hoje, passados sete anos, quando Armando Raggio deixa a Secretaria de Saúde, sinto-me na obrigação de junto deixar o cargo, e, com Armando Raggio julgo ter cumprido a minha finalidade, sendo parceiro e colaborador na polêmica área de Saúde Pública. Deixamos uma área completamente modificada para o melhor. Saúde Pública é um desafio constante, é modernização, é aprimoramento do SUS, corrigindo os erros e os vícios de sua implementação; aceitar e ampliar o seu universo de atuação; saber analisar seus desafios diários. Enfim, vive-la, em sua plenitude. Isso Armando Raggio soube fazer, como também o soube sua equipe, a quem rendo minhas homenagens, desejando a sua continuidade que sei será dada pelo seu substituto Dr. Luiz Carlos Sobania, tão criteriosamente escolhido e cuja competência e capacidade foi comprovada. Aqui, uma homenagem

especial, aos funcionários da 8ª Regional de Saúde, tão amigos e companheiros e que nunca mediram esforços para execução de nossos projetos. Que continuem competentes e eficientes, parceiros da nova Diretoria. Aos Secretários Municipais de Saúde e seus funcionários dos municípios que compõem essa Regional de Saúde, desejo de todos a mesma colaboração que tive em meu mandato. Aos conselhos municipais de saúde, ao CRESEMS, aos prefeitos municipais a mesma participação atenciosa, que a atual direção teve para a consecução de obras necessárias e, muitas vezes, urgentes, para conseguir resultados úteis à população. Desejo que Armando Raggio continue sendo o mesmo homem de sucesso para a nova função a que foi convidado. Ao deixar minha participação no governo Jaime Lerner, eu quero a ele desejar sucesso total.

### **3.1 - Paraná, caminho das águas**

O rio Paranaíba nasce na Serra da Mata da Corda, município de Rio Paranaíba-MG e vem fazendo a divisa de Minas Gerais com Goiás e depois de Minas Gerais com Mato Grosso do Sul até o rio Grande, exutório da bacia, que também vem de Minas, da Serra da Mantiqueira, município de Bocaina de Minas, faz a divisa natural com São Paulo até o rio Paranaíba, formador do Paraná em Guarani, para enfim, ambos cumprirem seu destino de formadores do rio Paraná!

O rio Paraná recebe as águas do rio Tietê, que veio no rumo noroeste desde São Paulo, logo em Itapura e vem dividindo São Paulo de Mato Grosso do Sul até a confluência com o Paranapanema.

E assim o Paraná, vem demonstrar o significado do nome Tupi-Guarani, grande como um oceano:

Porque junta o Paranapanema, que junta o Itararé, o das Cinzas, que junta o Jacarezinho e o do Peixe. O Tibagi, o Barra Grande, o Pirapó, o Diabo, o Caiuá, o Coroa de Frade, o Corvo e o Tigre.

O Tibagi por sua parte, se junta ao Paranapanema, juntando desde o Guaraúna, o Imbituva, o Pitangui, o Capivari, o Iapó, o Alegre, o Imbaú, o Imbauzinho, o Pereira, o das Antas, o Apucarana, o Apucarantina, o São Jerônimo, o Paiquerê, até o Congonhas.

Porque junta o Ivaí, que junta o São João, o Barra Grande, o Marrecas, o Bonito, o Pitanga, o Borboleta, o Branco, o das Facas, o das Antas, o Cambará, o Corumbataí, o Barbacena, o Keller, o Mourão, o Marialva, o Claro, o Ligeiro, o dos Índios, o Tapiracui, o Taquara, o das Antas, o Tamanduetê e o Córrego 215!

Porque junta o Piquiri, que junta o do Cobre, o Barbaquá, o Bandeira, o Cantú, o Tourinho, o Goio Bang, o Sapucaí, o Melissa, o Rouquito, o Barreiro, o Água Branca, o Goioerê, o Verde, o Encantado, o Jacaré, o Jangada e o Xambrê!

Porque junta o Iguaçu - Atuba juntado ao Iraí – que junta o Belém, que junta o Ivo, o Passaúna, o Passa Dois, o Negro, o Potinga, o Jangada, o Areia, o Iratim, o Jordão, o Cavernoso, o das Cabras, o Chopim, o Guarani, o Adelaide,



o Tormenta, o Lontra, o Andrade, o Capanema, o Gonçalves Dias, o Floriano, o Silva Jardim, e o Santo Antônio!

Este o Paraná, que ainda vem juntando de norte a sul, do oeste o Suruí, o Verde e o Pardo e do leste ainda o rio do Veado, o Paracá, o Arroio Guaçu, o São Francisco, o falso São Francisco e o Ocoí!

Este o Paraná, grande como um oceano, que junta todas as águas, só não junta o Ribeira, que junta o Assungui, o Santa Ana, o Turvo, o Ponta Grossa, o Itapirapuã, o Grande, o São Sebastião e o Pardo!

Ainda vão direto para o Atlântico, o Cachoeira e o Capivari, por obra da engenharia, o Nhundiaquara, o Guaraguaçu, o Cubatão e o Sai!<sup>15</sup>

O Paraná, como fronteira entre estados e nações, começa separando São Paulo e Mato Grosso do Sul e este do Paraná a partir da desembocadura do Paranapanema. Divide o Brasil do Paraguai por toda a extensão do Lago de Itaipu e limita Paraguai e Argentina a partir da foz do rio Iguazu. Ao receber o rio Paraguai passa a banhar apenas a Argentina para desaguar no rio da Prata que ao receber o rio Uruguai se constitui na Bacia do Prata.

O rio Paraná, quando considerado em sua extensão total até a foz do Prata, na cidade de Buenos Aires, é o oitavo maior rio do mundo em extensão e o maior da América do Sul, depois do Amazonas, com 4.880 quilômetros. É, ainda, o décimo maior rio do mundo em vazão, drenando boa parte do centro-sul da América do Sul, incluindo terras de cinco estados brasileiros, mais de 10% do território nacional.

A paisagem natural característica do Paraná, marcada pela presença de grandes rios, relevo ameno e solos de qualidade, contribuiu para que se configurasse como zona de ocupação pioneira entre o tropical e o temperado.

Instalado ainda como província desmembrada de São Paulo, após a república velha passou a receber novos segmentos sociais, com a presença marcante de pequenos produtores, proprietários ou arrendatários, parceiros e até mesmo posseiros que vieram contribuir para um novo tipo de desenvolvimento rural.

A despeito das transformações recentes que modificaram o espaço rural pelo uso intensivo de tecnologia, que reduziram significativamente essas categorias sociais, os substratos naturais continuam a ser importantes bases para os rumos da agroindustrialização e da urbanização do estado.

---

<sup>15</sup>Paraná, Caminho das Águas. Armando Raggio.

Até 1970, o Paraná foi um estado receptor de população, inclusive eu, meus irmãos e meus pais, gaúchos, que ao nos acompanhar voltavam para o Sul! Incorporaram-se, de modo distinto, no tempo e no espaço, levas migratórias de todas as regiões do país e inclusive de outros países.

Depois de um baixo crescimento nos anos 70 e 80, a população do Paraná voltaria a crescer na década de 90, sem dúvida, pela redução do ímpeto emigratório definido pelo estreitamento das oportunidades de inserção em áreas de fronteira agrícola e nos mercados de trabalho urbanos, particularmente em São Paulo. Persistiam, como ainda persistem, os problemas sociais que impulsionam a migração, reforçando então deslocamentos internos convergentes para as áreas mais dinâmicas.

Disseminaram-se espaços urbanos, adensando-se outros já existentes, na medida em que o espaço rural veio deixando de ser lugar de moradia, mas de trabalho. As mudanças resultantes da chamada revolução verde reduziram a necessidade de mão de obra, garantiram níveis mais elevados de produção e assim redefiniram as relações de trabalho no campo.

Ao longo dessa história se impôs muito trabalho à marcha da ocupação, em qualquer lugar onde ela se deu, revelando práticas devastadoras da terra, das matas e dos rios. Confiantes, embora vivendo na incerteza, pioneiros e colonos esperavam frutos que raramente colheram.

O atendimento escolar e de saúde convivia com a escassez de materiais e de recursos humanos adequados, exacerbada, ainda, pela seletividade espacial, quer no âmbito interno de cada município ou das diferenças entre os municípios em geral.

Quanto aos indicadores de saúde, embora o coeficiente de mortalidade infantil do Paraná fosse e continue sendo menor que o do país, havia e ainda há diferenças regionais importantes, indicativas da necessidade de aprofundar e qualificar a universalização do atendimento às demandas sociais.

### **3.2 - Paraná Mais Saúde**

Essa foi a denominação geral do nosso programa de trabalho, a partir da ideia de estruturar módulos de atenção integrada de saúde, com base na nossa crítica desde então, da acentuada verticalidade da administração pública, especialmente no caso da saúde. Um módulo de atenção integrada de saúde, cuja sigla – MAIS - adotamos para identificar a proposta Mais Saúde, seria competente para aplacar a maioria das necessidades ou pelo menos mitigar o sofrimento agudo

ou crônico, evitando ou reduzindo deslocamentos a grandes distâncias e assim reforçando a articulação dos conselhos regionais de secretários de saúde e aproveitando a força da concepção organizacional das associações microrregionais de municípios, como a citada associação do Médio Paranapanema que inspirou a criação da associação paranaense de secretarias e departamentos municipais de saúde, a APASEMS!

Mais recente do que foi a nossa proposta na gestão de saúde do Paraná, de 1995 a 2002, a marca 'mais saúde' veio identificar a formulação mais ampla do ministro José Gomes Temporão, de 2007 a 2010, enfatizando quanto era possível fazer, o que era e ainda é mais importante em política de saúde na sua perspectiva pública e publicista, a mudança da orientação inercial do sistema técnico especialista. Logo que assumiu o ministério, Temporão chamou a diretoria da Abrasco e membros das suas comissões para a reunião na Fiocruz, da qual participei como vice presidente que fui pelo Centro Oeste, quando coordenador de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Ciências da Saúde:

### **Em tempo!**

Elias Rassi Neto, Madel Therezinha Luz, ele do lado do coração, ela do lado da mão que escreve, ou vice-versa. Razão e emoção se confundem, se alternam na relação fraterna e generosa que mantemos. Elias veio de Goiânia, Madel é daqui mesmo, mas também é de São Paulo, originária de Belém do Pará.

O que estamos fazendo aqui, encontrando esta coorte de saudistas cujo expoente foi e continuará sendo Antonio Sérgio Silva Arouca? Esta coorte longeva, ao perder, todavia, sua estrela guia, não poderia prescindir de um temporão para as lides que se apresentam nesta quadra da política de saúde brasileira.

A história não depende do indivíduo, mas o indivíduo depende da história. E porque dependemos da história devemos tomar parte dela, anônimos ou reconhecidos... Reconhecimento é bom, indispensável até, desde que não sirva apenas para escovar o ego. A missão de quem se vê reconhecido é fazer tudo para que cada um dos nossos patrícios seja também reconhecido como cidadão, como sujeito, como ser enfim. O ser que tanto se vê impedido de se realizar em plenitude aqui entre nós como em todas as latitudes e longitudes. Tranquilo José Gomes Temporão, recém nomeado ministro, fala da sua sensação de pertença, de pertencimento, de uma certeza de fazer parte, de não estar só:

**– Agora todo mundo me chama de Ministro, antes me chamavam de Zé. A meia tá errada, arrumar a gravata...**

- Este encontro aqui era necessário, como se viéssemos aqui para uma recarga, um painel de idéias, questões que nos cabem.

- O Ministério é muito complexo, muito grande. É preciso que o servidor se sinta considerado, como diz o Noronha, os 22 trabalhos de Temporão - referindo-se à viagem a que concitou a plateia no seu discurso de posse - uma tentativa de estabelecer uma pauta dos nossos compromissos e afazeres. (E pensar que Hércules se limitou aos doze!)

- Este é um novo governo.

- A nossa capacidade de mobilização, frente à sociedade, não poderemos falhar nessa relação, com uma vantagem: se antes éramos poucos, vinte anos atrás, agora podemos contar com muito mais gente.

- O desafio da ação inter setorial, o espaço político da saúde frente às prioridades de educação e segurança, prioridades do próprio Presidente. Como recolocar o SUS, a saúde no espaço político que lhe pertence, que lhe cabe responder?

- Comunicar é preciso, como a visita ao jornal O Dia e à Rede Globo no meu primeiro fim de semana no Rio de Janeiro. A humanização, pra usar o que os especialistas definiram como tal...

- Pra não falar demais, pois quero ouvir - estou aqui para ouvir - devo considerar o complexo médico hospitalar farmacêutico como o complexo produtivo da saúde. Peço à FIOCRUZ que me acompanhe nesta tarefa, a prioridade da minha gestão.

Assim ouvimos atentamente o Zé, o novo ministro, em silêncio absoluto e então passamos a falar-lhe, como ele queria!

Antes que acabássemos de falar, me coube dizer que se estava ali como membro da diretoria da ABRASCO, não tinha mais o que dizer depois de Carvalheiro e Madel - o recado da entidade já fora dado – mas como gestor diria que ele procurasse estar por toda parte onde a presença do Ministério, especialmente do Ministro da Saúde reforça a proposta e a operação do Sistema Único de Saúde, mais do que as verbas, além da descentralização, a presença da autoridade solidária. E, para terminar em versos, cometi:

O que agora verto em prosa!

### **Contemporando: A saúde no fio da história!**

*Não temos tempo de temer a morte*

*É preciso estar atento e forte....*

O que viemos fazer aqui na Casa de Osvaldo Cruz, senão ver e ouvir Temporão Recém ministro, falar com ele...Parar e olhar, escutar, acima de tudo, tomar o que parece pelo que de fato é: sintonizar, contemporando... O desafio de fazer sujeito, o assujeitado; protegido, o vulnerado, sem prometer a salvação! Agir para sermos dignos daquilo com que um dia todos nos comprometemos. Mas, que tempo ainda teremos? O tempo chega, o tempo não passa. Sem dúvida não chega antes, tampouco chega depois!

Qual a tarefa agora, nesta hora derradeira, talvez a primeira de virar o jogo, sair da beira?

Entrar no coração no dizer de Arouca, do sistema e das pessoas...E isto não é coisa pouca! Nunca houve tanto consumo de bens, tanta produção de serviços. E, sobretudo, tamanha insatisfação.

Impossível, todavia, viver hoje sem isso tudo. A vida não é só dom ou simples dádiva natural.

Acontece, porém, que saúde não é apenas consumo de bens e serviços, mas condições e hábitos de vida. Nunca se morreu tanto sem doença alguma. Gente sadia, adolescentes, adultos jovens na flor da idade vão-se embora, antes que a vida lhes sorria...

Que realidade é essa onde as máquinas dão a medida, mais importantes do que cuidar dos indivíduos, do que seja a complexidade de um sistema? Como se fazer sujeito quem sempre foi tutelado, consumidor de bens e serviços, a

mercê do sofrimento e da dor? Dizer a que veio o SUS como Política de Estado, um destino, mais que um plano, de saúde e felicidade!

Retomar, portanto, ou tomar pela primeira vez, o que sempre se quis, mas nunca se fez pleno. Tecer de novo, diuturnamente, uma verdadeira urdidura, tendo na vida um fim em si, que se consume sem ser consumida! SUS - tentar, sem esmorecer, não olvidando a ode, o velho hino ao sanitaria por mais antigo que possa parecer!

Enfim, como diz Agenor, cada um colocou seu grão de areia e o coração, nesta construção... Todos são indispensáveis.

Viva o SUS!

Ao Ministro José Gomes Temporão. Rio, 24/03/2007

Era preciso fazer aquilo que Sérgio Arouca tanto enfatizava ao debater o tema “O SUS que temos e o SUS que queremos” da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a quarta conferência depois da histórica Oitava Conferência:

“Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS,  
Mas o núcleo dele, desumanizado,  
Medicalizado, está errado.  
Temos de entrar no coração  
desse modelo e mudar.  
Qual o fundamento?  
Primeiro é a promoção  
Da saúde e não da doença.  
O SUS tem de, em primeiro lugar,  
Perguntar o que está acontecendo  
No cotidiano e na vida das pessoas e  
Como eu posso interferir para torná-la mais saudável”.

### **3.3 - Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde**

As diferenças regionais se manifestam até hoje apesar da integração política consolidada, mas contribuem ou comprometem as possibilidades de melhores ou piores, condições de saúde por motivos sociais, econômicos, geopolíticos ou ecológicos e culturais que interagem e desafiam a gestão pública em propor uma só política geral, mas com diversas apresentações e adaptações à região em foco. Assim nos obrigávamos a conhecer o Paraná município a município, onde a população é de gerações muito recentes ou recentes no território, quando não centenária como no chamado Paraná Tradicional.

Foi com tais ideias que buscamos desenvolver uma estratégia de capacitação institucional, técnica, profissional e política competente em levar propostas muito bem sintonizadas com a realidade local, microrregional ou regional.

Por isso nos detivemos em cuidar de prover informações fidedignas, confiáveis e abrangentes de modo a basear nossa decisão na objetividade dos fatos vitais, nascidos vivos, mortes infantis e outras e de morbidade, em especial das doenças e agravos de notificação obrigatória. Isto sem perder de vista a subjetividade dos protagonistas da política de saúde e dos seus beneficiários, incluindo todos, cuidando da coletividade e da singularidade de cada um, agente público e cidadão!

O esforço de aprimoramento da vigilância epidemiológica contemplaria a adoção da estratégia de vigilância sindrômica, consolidando a vigilância das doenças exantemáticas e implantando a vigilância sindrômica das doenças ictero-febris. Superávamos desse modo a prática habitualmente passiva, de notificação de agravos limitada aos casos mais exuberantes ou mais graves, para uma abordagem a partir de um conjunto de sinais e sintomas comuns a diversas doenças, orientando a conduta clínica, diagnóstica e terapêutica. Fomos dos primeiros estados a adotar este tipo de estratégia, premiada na Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia e Controle de Doenças, a 1ª EXPOEPI.

A implantação da vigilância das síndromes íctero-febris se deu em uma conjuntura de aumento de casos de febre amarela na região centro-oeste, quando tomamos a decisão de ampliar a vacinação contra a febre amarela em todas as regiões com histórico de infestação pelo *Aedes aegypti*, mesmo contra a recomendação inicial do Programa Nacional de Imunizações. Naquele contexto era essencial uma vigilância mais sensível que pudesse detectar possíveis reações adversas à vacina, o que felizmente não ocorreu.

Decidimos investir ‘pra’ valer em educação permanente com a capacitação por meio dos Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica, os CBVEs ‘Vigiar para Proteger’ e treinamentos em sala de vacina, envolvendo trabalhadores municipais de todas as regiões. Eram grandes encontros, aproveitando os períodos de baixa temporada com a disponibilidade de hospedagem no litoral, município de Praia de Leste/Associação Banestado.

O diretor desse centro veio a ser Nereu Henrique Mansano, tendo sido residente em pediatria social na Unesp de Botucatu e pediatra da rede de saúde e secretário municipal de saúde de Cambé, ele me parecia ter o perfil ideal para tomar conta da nova estrutura por rearranjo interno das vigilâncias. Nereu ao ser convidado se sentiu valorizado, mas temia não dar conta da tarefa,

coletar e sistematizar dados em tempo de tomarmos as decisões aplicáveis imediata e mediatamente. Não sou epidemiologista disse ele de pronto e eu respondi em cima, por isso mesmo!

Sem desmerecer a especialização e a qualificação em epidemiologia, aliás, havia profissionais muito qualificados em epidemiologia na equipe de vigilância, o que eu procurava era um perfil executivo, com a experiência de trabalhar na rede e ter sido gestor municipal. Lembrei na hora de uma história de meu avô Armando Bardou, o pai de minha mãe, que ensinara as filhas a nadar no rio Piratini, que banhava a Granja Ilza, pois ele morava com a família na zona rural, ‘lá fora’, como se diz em Pelotas! Vô Bardou simplesmente atirava as gurias num poço do rio e as apanhava logo abaixo, quando necessário. Esse método eu iria aplicar com o Nereu e de fato, atirei um pediatra social na epidemiologia confiando que ele aprenderia por imersão. Se alguém lhe perguntar até hoje como aprendeu vigilância epidemiológica, tenho certeza que ele responderá: pelo ‘Método Bardou’!

Nereu aprendeu tanto que depois da nossa gestão estadual foi por 2 anos coordenador geral de Informações e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e há 9 anos trabalha como técnico da equipe de assessoria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, onde dentre outras tarefas, permanece até hoje cuidando de informações epidemiológicas para fins de decisão dos gestores estaduais de saúde.

Um ano antes de deixar a gestão estadual tivemos ocasião, com o esforço de todos os membros do CIDS, de brindar os gestores regionais e municipais, prefeitos, conselheiros de saúde, agentes de pastoral, com o consolidado preliminar das informações sobre óbitos no primeiro ano de vida em fevereiro de 2001, apenas dois meses decorridos após o ano base de 2000. Então, iríamos ter condições de perceber o comportamento dos eventos mórbidos e vitais no primeiro ano de vida, de modo a intervir mais efetivamente sobre a sua determinação com maior possibilidade de atenuar ou até anular tendências de adoecimento e morte.

### **3.4 - O Protegendo a Vida!**

Se na gestão de 1983 a 1987, ainda com resquícios da ‘abertura lenta e gradual’ fizemos os encontros regionais por todo o estado, na nova conjuntura de liberdade política, faríamos muito mais, com a diferença que devíamos responder por situações que vinham demandando maior protagonismo do gestor estadual como já descrito.

Lucineli de Laat, assessora da secretaria municipal em programas de saúde, coordenadora do Nacer em Curitiba, veio compor a equipe estadual e logo assumiria a coordenação do projeto que se configurou nosso carro chefe no estado.

A ideia de proteger a vida de algum modo resultou de nossa experiência na gestão municipal de saúde em Curitiba. Era preciso encontrar outra forma de atuar por meio das equipes locais sem submeter às gestões municipais, mas ao contrário, oferecendo o que as secretarias mais precisavam sem lhes onerar com despesas adicionais além de tudo com que arcavam obrigatoriamente.

O que mais vale em qualquer instituição de saúde é a sua equipe profissional, a atenção em saúde é intensiva em mão de obra e, diferente de outras atividades produtivas, não há maquinaria para substituir a clínica e o cuidado, razão porque somos um setor duplamente intensivo: em capital, muito mais que sempre, máquinas e equipamentos que exigem mais mão de obra, sendo ainda mais intensivo em trabalho, muito trabalho!

Era e é cada vez mais evidente a necessidade de mão de obra e mão de obra qualificada, cujas técnicas operacionais se renovam amiúde, sucedendo-se novas possibilidades técnicas, indefinidamente, de tal forma que todas as equipes sempre estavam e estão carecendo de alguma iniciação ou revisão de técnicas diversas ou atualização sobre as mais variadas atividades de atenção à saúde. Mesmo as tecnologias leves ou brandas, aparentemente mais acessíveis a todos, são motivo de graves dificuldades, muitas vezes maiores do que as de manejo com as tecnologias intermediárias ou duras.

E ainda mais, em se tratando da atenção em saúde em geral, de unidades de saúde muitas vezes únicas nas cidades - de cada 5 municípios do Paraná, 4 têm 20 mil habitantes ou menos – as equipes têm que estar capacitadas para o que der e vier, para atender toda gama de problemas, sem possibilidade de recorrer a outras estruturas ou a outros profissionais além deles mesmos.

Com essa reflexão fomos nos aproximando da proposta do Protegendo a Vida e passamos a operar por meio de consulta aos gestores municipais e suas equipes, mediando essa consulta com as equipes regionais em geral conhecedoras da situação de cada rede local de saúde.

As demandas de todas as equipes e inclusive trabalhadores de unidades beneficentes e privadas outras, assim como profissionais autônomos também eram ouvidos e desse modo configurávamos a programação solicitada com a disponibilidade própria das secretarias estadual ou municipais já capacitadas e das equipes profissionais de cursos em saúde ou palestrantes muito especiais.



Enfim, recorriamos a todos os recursos disponíveis, provendo meios e modos para atendimento simultâneo no limite da capacidade de acomodação hoteleira e de espaços de aulas, reuniões de grupos, palestras e outras atividades culturais e festivas inclusive.

Tomávamos a cidade polo da região amistosamente, com todos os meios de comunicação interessados, associações de moradores, de ‘portadores de patologias’, de artistas e de entidades sociais diversas, todos participavam. O maior *recall* de tudo em que já participei em política de saúde...

Dezenas de eventos por todo o estado com o novo modo de atuação em carrossel, era tanto entusiasmo que despertávamos o ânimo das equipes regionais e locais, potencializando o seu trabalho e a própria gestão da secretaria estadual.

O Protegendo a Vida alcançava todos os interessados em saúde, fosse servidor público ou não, pessoas de quaisquer atividades que se deparavam com situações de emergência: frentistas de postos de abastecimento nas cidades e nas estradas, motoristas, trabalhadores urbanos e rurais, agentes de pastoral, religiosos, chefes de sessões ou divisões, diretores de diretorias, departamentos, e secretários municipais, prefeitos, conselheiros de saúde, vereadores, deputados e membros de outras regionais do governo estadual.

Bom dia, Doutor Hungria!  
Assim eu responderia ao médico da enfermaria  
Se fosse um doente da junta, do osso ou da espinha  
Um dia me internaria na Santa Casa madrinha!  
Fernandinho era o pavilhão feito ermida de oração.  
De fato, a cura é o efeito mais da graça,  
Que resulta da mistura da fé, do amor e a da cultura.  
Mas isso só é possível se o homem for tão sensível  
Que tão nobre postura adote.  
Assim fazia José Soares Hungria Filho.  
E tinha na origem do berço, confirmada de batismo  
Vocação de fazer o bem, sem nunca olhar a quem.  
Era público e notório o maciço divisório.  
Fernandinho, o pavilhão, chora ainda sua partida  
Mas registra para sempre as conquistas da sua lida.  
O tempo chega e o homem parte, das entranhas para a vida  
E da vida pra outro Marte...  
Todavia sua sina aqui na Terra se reparte  
Entre os amigos da sua arte!  
Deixa o filho Hungria Neto  
Feito outro missionário por direito e por afeto.  
Deixa o amigo presidente Luiz Carlos Sobania  
Desta que era sua faina  
A Sociedade Sexagenária contra o Trauma  
E a favor de mais Saúde e Cidadania  
(não bastante a ortopedia!)  
AR 22/10/99

Num dos eventos do Protegendo a Vida, me disse o professor José Maria Soares Hungria, do Pavilhão Fernandinho na Santa Casa de São Paulo:

“- O que o senhor faz aqui é um verdadeiro congresso público, sem influência de patrocinadores, apenas o estado cumprindo sua missão”! Vim saber depois que o professor era de Itapetininga, meu conterrâneo, para quem, a pedido do ouvidor Luiz Carlos Sobania, nosso amigo comum, cometi os versos “Bom dia, Doutor Hungria”!

A preparação das atividades culturais e festivas buscava respeitar a característica cultural da região e colher as sugestões para convidar artistas locais e regionais, que viriam expor ou se apresentar em momentos especiais. Os profissionais já aposentados, senhoras e senhores da sociedade local que tinham o que dizer sobre os tempos pioneiros, esses eram os cabeças brancas, como um grupo de seniores com o qual me reunia periodicamente na capital com ajuda do professor Léo Kriger. Léo nos acompanhava desde a gestão municipal, quando fazíamos palestras dialogadas em que eu lhe perguntava se tinha uma vacina pra cárie e ele dizia: tem sim, bochecho de flúor! Pós-graduado em saúde bucal, sanitarista e cirurgião dentista de crianças, que o tratavam por ‘amigão’ e vice-versa.

Léo fora coordenador da área na gestão estadual de Luiz Cordoní e veio de novo para levar a todas as regiões do Paraná a estratégia da clínica do bebê, em que os profissionais, técnicos e graduados atendem a criança com a mãe ao lado de modo que ela venha a cuidar da dentição do seu filho adequadamente. Léo e Helena, sua esposa, eram tão entusiastas do Protegendo a Vida que lideravam as comitivas com dezenas de instrutores e animadores em viagens de ônibus a todos os eventos por mais remotos que fossem!

Cabeças Brancas era o grupo de nossos amigos, os amigos de verdade, desinteressados, generosos, simpatizantes do governo e/ou da gestão de saúde, que tinham muito que nos recomendar, ainda que não prometíamos cumprir tudo quanto lhes ocorresse, entremeio as vicissitudes e contingências da gestão de saúde pública, ainda mais comprometida até as raízes com universalidade, integralidade e equidade. Léo Kriger fazia a agenda, os convites e tomava as providências. Um dia fomos recebidos inclusive pelo deputado Aníbal Cury!

Havia profissionais de saúde, de experiência clínica, administrativa ou as duas vivências. Alguns escritores, jornalistas e artistas outros. Aprendi a pronunciar inexorável, quando o x tem som de z, com um colega médico e escritor, que participava dos encontros dos cabeças brancas, um ‘Doutor Ótker’!

Na primeira reunião dos cabeças brancas apareceram muitos interessados em contribuir sem qualquer vantagem remuneratória ou de outra ordem que não fosse a cooperação simplesmente. Uma presença muito especial foi a de Moisés Paciornick, médico ginecologista e obstetra, antropólogo e escritor. Tinha uma coluna na Gazeta do Povo, onde dizia o máximo com mínimas palavras! Ensinou a todos como dizer socialmente o último ato fisiológico depois que aproveitamos tudo do ato de comer: descomer! Ué, depois de cansar não é descansar?!

**Figura 19** - Moisés Paciornick, Ginástica Caigangue.



Pois então... Moisés foi logo deixando a cadeira junto à mesa e subiu na própria mesa, sobre as pernas dobradas, levantava-se só com a força das pernas, atirando os braços para cima e para trás e voltava a dobrar as pernas baixando os braços e de novo, era a ginástica kaigangue! Ele havia observado, ao cuidar de mulheres indígenas que elas tinham o períneo íntegro e maior pressão vaginal que as mulheres brancas, como podia registrar em seus projetos de pesquisa. Daí que ele vinha propor a ginástica kaigangue e nos pôs todos de cócoras, inclusive os mais ‘ponderáveis’ Valdevino e Pinheiro, nossos diretores regionais de Cornélio Procópio e Paranaguá.

Seguros da estratégia que se revelara tão bem aceita e promissora, além de sensibilizar e capacitar pessoas, apoiávamos os serviços de atenção materno-infantil especialmente, por cessão de uso de equipamentos adquiridos com recursos de convênios junto ao ministério da saúde, senão com o que conseguíamos do próprio tesouro estadual.

Criamos então a Estação Mais Saúde, um parque temático móvel, com ênfase em tudo que interessava promover, chamar atenção, recomendar cuidados individuais e comunitários entrando de algum modo na exposição que ocupava praças inteiras autorizadas pelo poder público municipal.

PROTEGER A VIDA É:<sup>16</sup>

Proteger a vida é assim:

Evitar a doença  
Promover a saúde  
Mas atender sempre!

Cuidar do que nasce  
Do que envelhece  
Do que adocece...  
Crianças, velhos, adolescentes!

Não apenas protegê-los/protegidos,  
Atender cada um sem apelo.  
Fazer do sintoma um começo  
E mostrar que o cuidado faz bem!

Tanto bem faz cuidar,  
Que cuidado não cura,  
Só quem por acaso procura.

Mais que isso, cuidar criaturas  
Faz muito bem a quem nos atura!

Os prefeitos e secretários de saúde se inscreviam para sediar a estação promotora de hábitos saudáveis de forma muito alegre e amistosa. Juba Machado, artista de teatro, animador e mestre de cerimônias, e Anatilde Julião, artista de teatro, cantora e compositora, professora cedida pela Escola de Arte do Rio de Janeiro - filha do Francisco Julião das Ligas Camponesas - tomavam conta e disputavam atenção do público e de toda a equipe. Várias edições não davam conta de atender a demanda institucional que despertamos, o que não perdurou além da gestão que se encerraria no último ano do governo.

---

<sup>16</sup>Proteger a Vida é... Armando Raggio, em 29 de junho de 2000.

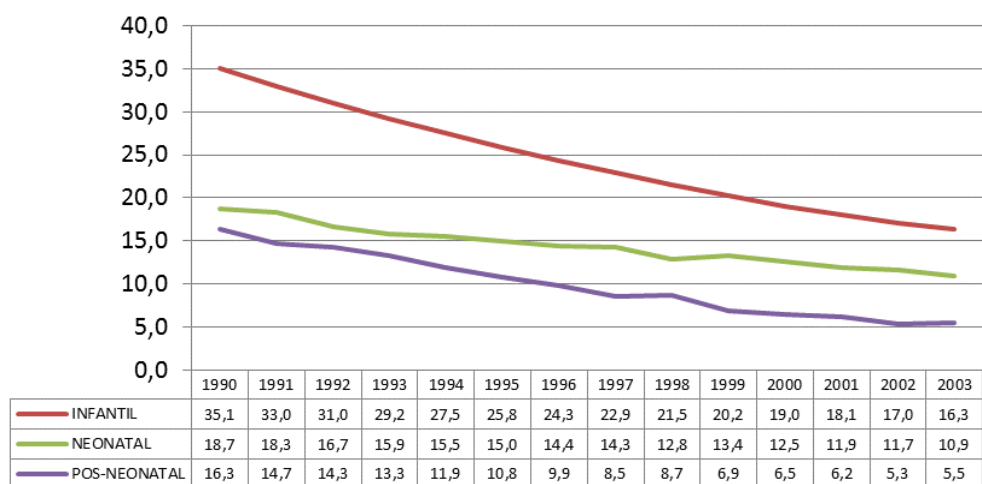
Animávamos tudo que promovíamos com o ‘saúde’arte’ que tinha sua própria responsabilidade, encontrar as manifestações mais adequadas para os eventos, ou ‘inventos’ como dizíamos, trazer as pessoas a se exprimirem e ilustrarem os momentos de saúde com sua arte. Inventamos este nome desde a gestão de Curitiba, e pusemos em plena execução quando assumi a gestão da secretaria estadual. Juba Machado veio do município junto com a gente. Promovíamos encontros do Protegendo a Vida com exposições chamadas ‘A Arte que Protege’!

Peças e apresentações de artistas regionais ou de renome estadual ou até nacional eram exibidas e vendidas a quem desse mais, como em Curitiba, cuja arrecadação aplicávamos nos eventos e pagávamos os meninos e meninas do ‘posso ajudar’, estudantes, bem caracterizados de camisas polo e jaquetas vermelhas, os tomatinhos!

### **3.5 - Mortalidade Infantil e Mortalidade Materna**

Agregando-se ao ‘Protegendo a Vida’ a melhoria de qualidade da informação, no sentido de não só aprimorar a definição das causas de cada óbito infantil ou materno, mas também de lograr alguma evitabilidade, modificando sua ocorrência com medidas de promoção, proteção e prevenção em geral e outras específicas da atenção propriamente dita, buscamos consolidar o processo de implantação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, iniciado lá no final da década de 80, também de forma pioneira, com a liderança da enfermeira Vânia Muniz Nequer Soares e do professor Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga já referido sobre a Senhora X. Implantamos em todo o estado a vigilância dos óbitos infantis, com a instituição dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil (ou materno-infantil) em todas as regiões e na maior parte dos municípios. Esta experiência foi também reconhecida e premiada, por ocasião da 2ª EXPOEPI.

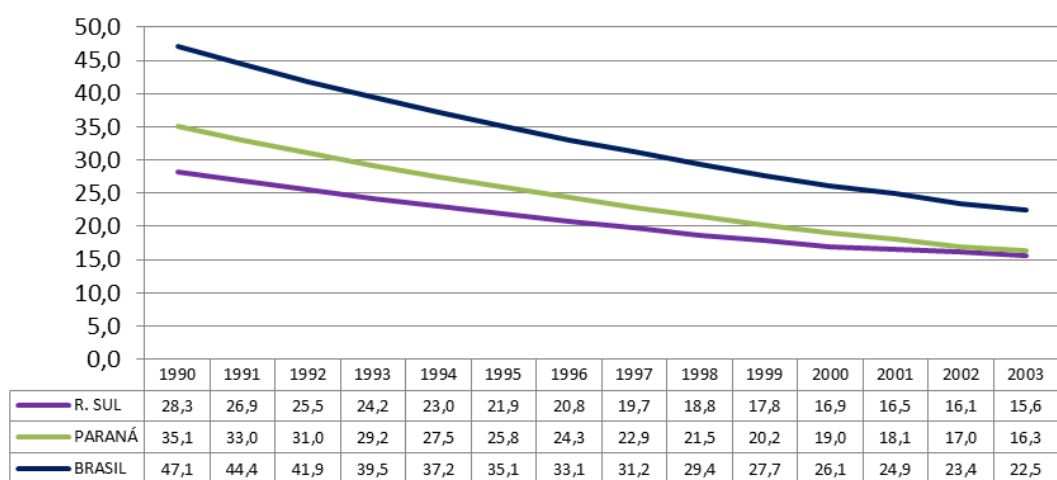
**Gráfico 1** - Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal. Paraná, 1990 a 2003.



**Fonte:** Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa – IDB 2012, com base nas informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM do Ministério da Saúde.

Entre 1995 e 2002 houve acentuada redução do coeficiente de mortalidade infantil no Paraná, inclusive com diminuição da mortalidade neonatal, componente mais difícil de ceder, haja vista a necessidade de atenção imediata ao parto e intensiva em especialização técnica, recursos terapêuticos e tecnologias duras inclusive. Esta foi uma razão principal das atividades do Protegendo a Vida e os investimentos que se faziam em atendimento à mulher e à criança.

**Gráfico 2** - Coeficientes de Mortalidade Infantil no Estado do Paraná. Região Sul e Brasil, 1990 a 2003.

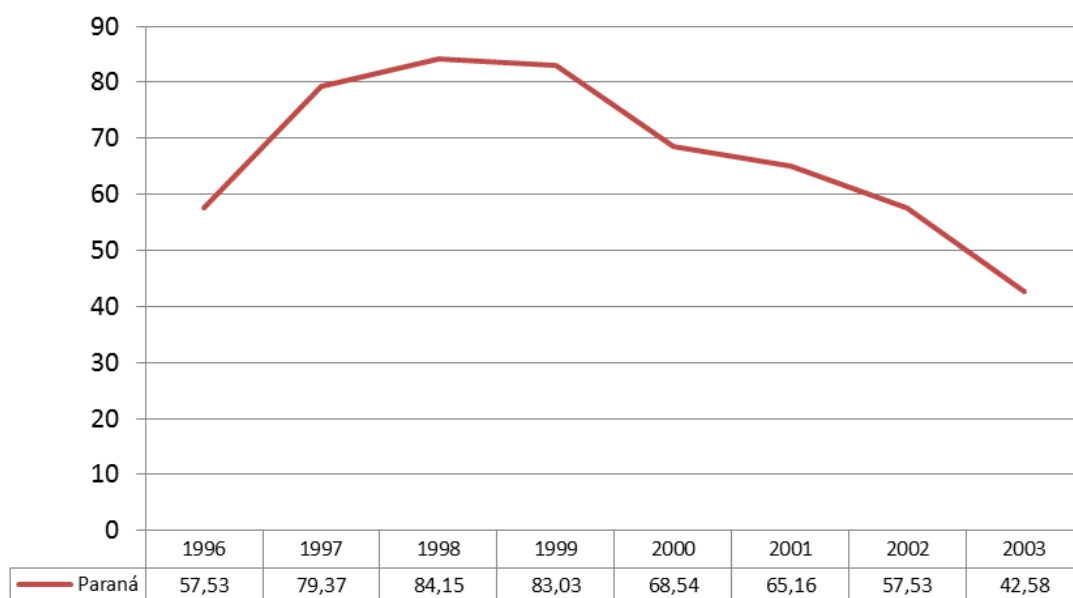


**Fonte:** Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa – IDB 2012, com base nas informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM do Ministério da Saúde.

**Nota:** As taxas para o Brasil foram estimadas com os dados informados ao SIM e ao SINASC corrigidos por fatores obtidos pela Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal e no Nordeste.

Os esforços das equipes e secretarias municipais de saúde e afins, das regionais de saúde, da secretaria da saúde e das secretarias relacionadas ao desenvolvimento social, especialmente a Secretaria da Criança e Assuntos da Família nos permitiram alcançar os indicadores mais favoráveis da região sul. O Estado do Paraná foi agraciado inclusive com o prêmio Criança e Paz, do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF.

**Gráfico 3** – Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos do Estado do Paraná, 1996 a 2003.



**Fonte:** Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs – IDB 2012, com base nas informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM do Ministério da Saúde.

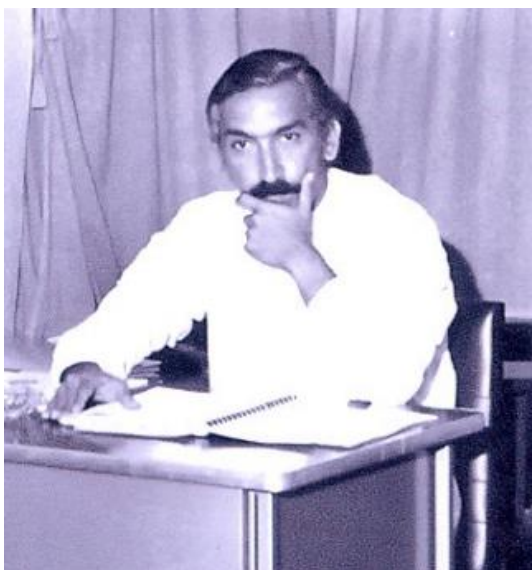
Atualmente, a RIPSAs considera somente os dados diretos do SIM e SINASC para a definição da mortalidade infantil - inclusive para os anos anteriores e para as regiões norte e nordeste, utilizando para estas regiões fatores de correção (obtidos em estudo da prof. Célia Landman e colaboradores, patrocínio da SVS/MS). Deve se tomar grande cuidado em comparar os dados de mortalidade materna do estado com a região e o País. Na época poucos estados poderiam ter estes dados comparados com o do Paraná, que já investigávamos 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

Retomamos atenção aos comitês de mortalidade materna *pari passu* a instalação dos comitês de mortalidade infantil. No Gráfico 3, a curva ascendente de 1996 a 1998 pode ser reflexo da

melhor coleta e notificação de dados, com decréscimo evidente de 84 óbitos em 1998 para 42 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2003, mantidos os estímulos à notificação e investigação de casos.

Faço registro da presença em consultório do jovem Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga nesta hora para reiterar ao médico ginecologista e obstetra, e seus seguidores, professor da graduação em medicina, preceptor e coordenador de programas de residência, liderança da especialidade e pioneiro do comitê de mortalidade materna, a sua presença para sempre na maternidade do Hospital do Trabalhador, reconhecendo seu exemplo e inspiração em proteger a vida de mulheres, as quais, ainda que saudáveis, quando gestantes, parturientes ou puérperas correm risco de adoecer ou morrer, mesmo as acompanhadas em programas de pré-natal, as quais ele representava ao descrever a trajetória da mulher e mãe Senhora X.

**Figura 20** - Luiz Fernando Cajado Oliveira Braga



Coordenador do Comitê de Mortalidade Materna

### **3.6 - Atenção ao trauma, às urgências e emergências**

Quando assumi a secretaria municipal de saúde em substituição a Mario Leitão, ele havia deixado o Sistema Integrado de Atenção ao Trauma e à Emergência já bem estruturado com especial dedicação de Ligia Pereira, Carmem Regina Ribeiro, técnicas do IPPUC e Luiz Carlos Sobania, professor de ortopedia e uma liderança da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), que vinha destacando a necessidade de tomarmos providências quanto



a evitar os acidentes predominantes no trânsito urbano e quando não evitados, atender suas vítimas de modo a reduzir o dano e salvar vidas.

Na gestão estadual, em continuidade com a experiência adquirida e com apoio das mesmas pessoas tomamos a iniciativa de estabelecer parceria com o Comando Estadual da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e colocar uma base do SIATE em cada uma das sete macrorregiões do Estado, nas cidades de maior afluência do trânsito, maior ocorrência de acidentes e de vítimas, conforme as evidências estatísticas. Destacável foi a visão da Secretaria de Planejamento, especialmente do secretário Cássio Taniguchi, não só por sensibilidade, mas talvez porque essa abordagem ilustrasse em primeira mão a proposta estratégica de administrar o estado a partir de uma visão espacial integrada.

O advento do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, por iniciativa do governo federal foi um avanço de tecnologia apropriada para a proteção aos cidadãos necessitados de atenção em urgência e emergência nas ruas ou nos próprios domicílios, revolvendo a memória até com certa nostalgia do SAMDU, o serviço de atendimento médico domiciliar de urgência. Há, no entanto, regiões inteiras não integradas por falta de habilitação das bases regionais ou locais em geral devido à insuficiência de recursos das pequenas prefeituras e /ou não suficiência dos subsídios nacionais e estaduais, estes ausentes o mais das vezes.

Há evidências de não complementariedade entre os diversos serviços locais e regionais, que subestimam a potência da rede integrada em proveito da população local e regional. Talvez esta seja uma consequência da verticalização de projetos com vértice na administração central de programas nacionais, embora se saiba que o desafio da otimização de recursos exige esforços de integração pela base. Pirâmides político-administrativas estabelecidas desde há muito ou implantadas com a mesma visão centralizadora dificilmente se compõe pela base.

A recíproca também é verdadeira, pirâmides aproximadas pelas bases afastam seus vértices de modo que a melhor opção é ‘tombar a pirâmide’ estabelecida por qualquer uma das hipóteses, pois ambas resultam inadequadas aos desafios contemporâneos em que a morbidade e a mortalidade se transfiguram muito rapidamente, embora continuem gerando o mal-estar em números crescentes, às vezes, avassaladores. Em minha dissertação de mestrado cogito o que a prática da gestão municipal e estadual me fez ver o que não é apenas óbvio, mas imperioso, tombar a pirâmide da organização da saúde sem mais procrastinar e, mais importante, sem quebrar nada!

As estratégias de cima para baixo, por justaposição de programas verticais, não resultam em um todo orgânico e otimizado, ilustrando o insofismável paradigma da complexidade, porque a soma das partes é menor que o todo e diferente, de Edgar Morin!

Houve o momento de expandir o SIATE, despertar para as questões de capacitação e estimulação dos cuidados com as vítimas de trauma, cuidar dos grupos de risco, mas também era necessário articular a rede com a complementariedade horizontal e vertical, isto é, serviços idênticos, com mesmas condições oferecidas ao gestor local, poderiam ser complementares quando a disponibilidade de um completasse a falta de outro, na micro região, na região e na macrorregião ou no estado todo, qualquer que fosse a distância, desde que no território do estado, sob a gestão única do ente Instituto de Saúde do Paraná, autarquia estabelecida a partir da Fundação Caetano Munhoz da Rocha da Secretaria de Estado da Saúde. Foi o que fizemos, uma integração em rede com capacidade logística de deslocamento de um extremo ao outro, norte - sul, leste - oeste e até diagonal de sudeste a noroeste ou de nordeste a sudoeste. Aliás levamos crianças de Jacarezinho a Francisco Beltrão que chegaram lá e voltaram vivas, plenamente recuperadas. Uma inclusive sem manutenção térmica, embora houvesse incubadora disponível, mas a falta contínua acostuma e não fez crer na possibilidade de tal conforto.

Essa foi a denominada Rede Paraná Urgências em conexão por web, telefone e transporte terrestre. Esta rede foi apoiada e financiada especialmente pela secretaria de atenção à saúde/ministério da saúde com integral apoio e presença pessoal no seu lançamento em palácio, ao lado do governador Jaime Lerner, do secretário Renilson Rehem de Souza. Apenas a coleta de órgãos para transplantes teve a utilização liberada, das aeronaves que serviam o governo, com prioridade absoluta.

A Casa que Protege nos ocorreu em aperfeiçoamento da estratégia do Protegendo a Vida, pois a maioria dos problemas osteo-articulares de pessoas idosas e/ou com deficiências é devida a acidentes domésticos. Promovemos um concurso em parceria com o curso de arquitetura e urbanismo e a disciplina de ortopedia e traumatologia do curso de medicina da PUC-PR mais a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, graças à sensibilidade de professores, dirigentes e aos esforços do nosso ouvidor, professor Luiz Carlos Sobania, que quando deixasse o cargo eu recomendaria para me substituir, sem que ele pleiteasse.

O '8º Concurso de Ideias Rubens Meister' versou sobre um projeto residencial que garantisse a segurança e o conforto cotidianos de pessoas idosas e de eventuais portadoras de deficiências físicas temporárias ou permanentes, com ênfase para que a execução do projeto estivesse ao

alcance dos mais variados padrões econômicos. Critérios de avaliação: acessibilidade, conforto luminoso, conforto térmico, conforto acústico, conforto psicológico, ergonomia, mobiliário, comunicabilidade, cores e estética. A equipe contemplada teria o patrocínio de uma construtora e o projeto executado com materiais compatíveis ao seu deslocamento para exposições demonstrativas da casa que protege!

### **3.7 - Normas Operacionais Básicas**

A categorização de municípios pela NOB 01/93 em gestão incipiente, intermediária ou semi-plena, mesmo sem pretender alcançar imediatamente a gestão plena, acabou por dividir os gestores municipais em dois grupos, os que gastavam para auferir financiamento, e os que poupavam para investir na própria rede.

Só sendo comprometidos, os recursos chegariam ao território em gestão incipiente ou intermediária, garantindo pelo menos alguma disponibilidade de serviços, embora limitados ao que havia sido programado, em geral a menor do que indicava a tendência, menos mal por um lado, por outro lado muito mal.

O que mais se deu foi a permanência do sistema de indução ao consumo de bens e serviços *pós-facto*, do tipo, “fiquem doentes que o SUS garante”, se não com recursos descentralizados do Fundo Nacional de Saúde, com os próprios e cada vez mais escassos recursos orçamentários e financeiros municipais.

Os gestores de cidades polos regionais, ao contrário, também faziam parte das negociações da programação pactuada e integrada, a PPI e se dispunham a servir de referência regional com créditos a maior que suas próprias necessidades estimadas, até que começasse o exercício orçamentário subsequente. Então, menos seria feito do que o prometido e pactuado, pouco ou quase nada em certos casos, ou fixando-se uma porcentagem dos recursos consignados para uso intermunicipal, regional ou estadual em se tratando de capitais. Vi pela mídia ou presenciei entregas de unidades básicas em cidades polo, com recursos apurados pela administração do Fundo Municipal de Saúde. Recursos poupados por seus méritos, mas esses saldos financeiros seriam em parte devidos ao aporte de recursos compartilhados e deveriam ser aplicados para atender as necessidades dos municípios da região e não apenas do município polo. Terá sido essa a regra ou a exceção? Como saber, se a forma permitia práticas díspares, quem haveria de saber, senão o próprio gestor?

Era 1996, mas desde antes, vínhamos discutindo as questões que acabei de abordar ainda que rapidamente. Era preciso avançar, mais do que ampliar e aprofundar a descentralização, embora fosse um objetivo implícito, era preciso estabelecer regras que não permitissem perenizar a disparidade de atitudes por interesses imediatos em saldos financeiros. Pior que o comportamento resultante em falta de segurança para os usuários e em desconfiança entre gestores, o seu maior efeito prejudicial à organização do novo sistema era o que se verificava e ainda se pode verificar, na permanência do sistema de estímulo ao consumo de bens e serviços, como se fosse verdade o axioma: “quanto mais consumo, mais saúde”!

Participei da redação da Norma Operacional Básica, a NOB01/96, com Neide Glória, Eduardo Levcovicz e outros. Nós três, professores de química inorgânica e cálculo estequiométrico no pré-vestibular, sabíamos calcular de cabeça mili-equivalentes para os planos de rehidratação venosa, mas não conseguiríamos multiplicar recursos para a gestão plena do sistema municipal ou a gestão plena da atenção básica muito mais do que já vinha sendo gasto até então.

Uma grande polêmica se estabeleceu em torno da criação do Piso de Atenção Básica, o PAB, que nós do Sul e Sudeste, especialmente do Paraná, já alcançávamos mais recursos que municípios do Norte, do Nordeste ou do Centro-oeste, bem superior à média simples, que nos seria muito desfavorável se viesse a ser estabelecida para todos. Então, contávamos com recursos da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, cuja negociação fora levada a termo no Congresso Nacional pela perseverança e pertinácia do ministro Adib Domingos Jatene. Enfim, seriam recursos que poderiam sustentar os novos arranjos, depois de saldar um passivo de quase dois bilhões de reais relativos a um ajuste acordado e não pago tempestivamente. Era grande a expectativa de todos com a entrada da contribuição conquistada. Era o fim do milênio e nós ainda sem uma sistemática devidamente integrada que fosse capaz de organizar a rede de saúde de forma ascendente, de cada um conforme a sua capacidade a cada um segundo a sua necessidade, integrando-se o sistema desde a base. Assim se desenvolveu a proposta da Norma Operacional de Atenção à Saúde, a NOAS em suas duas versões, NOAS 2001 e NOAS 2002. Participei da primeira versão ainda com o secretário de atenção à saúde Renilson Rehem de Souza, ministro José Serra e depois Barjas Negri. Da aplicação da NOAS 2001 obtivemos o Plano Diretor de Regionalização, o PDR do Paraná, um dos primeiros consolidados por esforço de cooperação entre gestores centrais, regionais e municipais. Sua aplicação seguiu incompleta até a NOAS 2002 inclusive, pela mesma razão, indisponibilidade de recursos de investimento e de novos recursos de custeio.

**Figura 21** – Plano Diretor de Regionalização



**Fonte:** Cadernos de Saúde Pública do Estado do Paraná. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS, SUS-01/2001.

Em fevereiro de 2006 se estabeleceu o Pacto pela Saúde, antes tarde do que nunca, mas se tivéssemos atentado antes para essa alternativa, talvez tivéssemos avançado mais, o que nunca vamos saber. Então era ministro da Saúde José Agenor Alvares da Silva com quem compartilhamos a empreitada do estabelecimento e consolidação do SUS desde há muito!

### **3.8 - A CPMF para a Saúde**

A CPMF, o SUS e a Reforma do Estado foi o título que dei a um artigo publicado quando era presidente do CONASS, na refrega pela aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, a CPMF. Falava-se que a CPMF aumentaria o custo Brasil, embora não se tenha demonstrado evidências de tais efeitos macroeconômicos. De todo modo, o que nos é mais caro, o dinheiro ou a vida dos brasileiros?

A impossibilidade de financiar atenção à saúde não é objetiva, por falta absoluta de dinheiro, mas é subjetiva, por falta absoluta de sensibilidade ‘pra’ entender que austeridade mata. Os países que enfrentaram crises como agora estamos enfrentando e que não deixaram de cobrir as políticas de proteção social saíram antes e melhor das crises de 1929 e 2009, há evidências irrefutáveis disso. (23)

No discurso de posse como presidente do CONASS, em 1996, sucedendo José Wanderley Neto, na presença do ministro Adib Jatene, do presidente Gilson Cantarino O’Dwyer, do CONASEMS e dos colegas secretários de saúde eu disse a certa altura:

“Temos obrigação de mudar a face do nosso sistema no sentido de mostrar quão novo ele é. (...) Acima de tudo avançando para propor, com os recursos de que dispomos hoje, a habilitação a mais recursos. Nesse sentido, é inescapável a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, a CPMF, ora colocada em questão e que o Congresso, na Câmara Federal, deve tratar imediatamente em Comissão Especial”. E ela nos escapou!

Dizia-se também que a CPMF era conceitualmente regressiva, talvez fosse em algum grau, mas é o melhor marcador das atividades econômicas, onde elas estão acontecendo, quem está movimentando tantos recursos... Anos depois assistiríamos no Palácio do Planalto, Lula defendendo a CPMF, na presença inclusive de Adib Jatene, e reconhecendo a sua mudança de posição: “eu sou mesmo uma metamorfose ambulante”. Um tributo a Raul Seixas!

### **3.9 - A demissão do Ministro Jatene**

**Figura 22** - Adib Domingos Jatene, Ministro da Saúde 1992, 1995 e 1996



Vilmar Farias era nosso interlocutor no Palácio do Planalto, o assessor de políticas sociais do presidente Fernando Henrique Cardoso. Como presidente do CONASS era recomendável procurar contato com os assessores do governo, como fizera na condição de presidente do CONASEMS sob a presidência de Itamar Franco, buscando Denise Paiva e Doutor Saulo. O

ministro Adib Jatene exigia os recursos que havia apalavrado conosco, gestores estaduais e municipais, com os prestadores e creio que com o próprio governo, com o seu jeito de bem escandir as questões e suas possibilidades, talvez uma prática pouco habitual então, na burocracia orçamentária financeira.

Em conversa com o presidente Fernando Henrique no Palácio da Alvorada, a convite dele por meio de Vilmar Farias e autorizado pelo governador Jaime Lerner, fui perguntado sobre os recursos que o ministro reivindicava e confirmei incontinenti. Era preciso, mais que tudo, era imprescindível pagar. Mesmo com a demissão de Adib Jatene, insatisfeito embora vitorioso, após tanto esforço, mas a palavra empenhada não podia ser descumprida...

Oficializada a lamentável demissão do ministro Jatene, se esgotara toda a expectativa de poder contar com os recursos que havia conquistado no tempo em que precisávamos, fui perguntado sobre a possibilidade de ser secretário executivo ainda antes que houvesse a definição/indicação de um novo ministro.

Não dei tratos à bola, como nem deveria, pois era presidente do CONASS. Se desejasse aceitar cargo no ministério teria que me “desincompatibilizar” e se fosse tratar disso, como aliás deveria tratar, discutir se devíamos participar, e se devêssemos, quem seria o mais indicado e só então pudesse vir a sê-lo. Essa conversa não teve nem começo, nem o secretário executivo do CONASS, o Francisco, ficou sabendo, pode ter desconfiado, mas nunca me perguntou como bom mineiro. E eu, aprendiz, não disse nada a ninguém. Era o melhor a fazer, não iríamos compor numa situação em que o ministro demissionário saía por incompreensão do governo, ou por intenção de não compreender, aquilo em que éramos consenso absoluto. Nossa posição era a dele, a dele era a nossa, mas devíamos permanecer e ficamos à espera das definições.

Definido e nomeado, o novo ministro teve que negociar, entre o governo e os credores públicos, estados e municípios e privados, beneficentes e outros, para finalmente pagar a conta, pois era devida e atestada pelos próprios gestores municipais, estaduais e nacionais inclusive.

Ainda quando José Wanderley Neto era presidente do CONASS, em 1995, acompanhamos o ministro Jatene em audiências com os presidentes das casas do Congresso, Luiz Eduardo Magalhães e José Sarney, aos presidentes e lideranças partidárias, tendo em vista a aprovação da contribuição provisória então de 0,20 por cento, inclusive Luiz Inácio Lula da Silva, que negou apoio, não pelo mérito, tampouco pelo valor, mas por oposição declarada. Incidir sobre a movimentação financeira na boca do caixa em todos os bancos e todas as contas correntes com raras, merecidas e justas e exceções, essa era a questão que hoje se repete.

Adib Domingos fora embora, mas nem mesmo em dias santos de festa e de guarda... Adib nunca baixou a guarda, sempre atento, uma sentinela na mídia e no Planalto. Aparecia nas cerimônias, cumprimentava todos e sempre tinha algo a dizer na defesa de mais recursos para a saúde e nos elogiava pelos feitos de gestores, sempre reconhecendo nossos méritos, com alguma razão!

### **3.10 - Instalação do Piso de Atenção Básica**

O professor Carlos Albuquerque, presidente da Empresa Pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o HCPA, o hospital escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi convidado e aceitou ser o novo ministro da saúde, membro que era da bancada dos gestores do Conselho Nacional de Saúde, como eu, então presidente do CONASS.

Nomeado e empossado, Carlos Albuquerque teve dificuldades de início para se situar com o andamento da máquina, mas contava com Arnaldo, seu chefe de gabinete, que muito colaborou para o entendimento com e entre as partes.

Logo nem tanto, mas antes tarde do que nunca, foi implantado o Piso de Atenção Básica, vencidas as discussões em busca de algo que fosse razoável para não deixar de financiar redes municipais como no Paraná e injetar recursos nas redes mais necessitadas que não recebiam recursos por deficiência de serviços ou de série histórica ou de ambas.

E o ministro se associou a essa medida valorizando o parto mais que a cria, como gaúcho que era, e em um gesto de amizade, boa vizinhança, reconhecimento talvez, ele nos agraciaria no dia 7 de abril com a medalha Oswaldo Cruz, Carlos Grossmann, Eduardo Jorge, Gilson Cantarino O'Dwyer, eu e outros.

PAB fixo e PAB variável? Dizia-se que essa diferença era devida ao secretário executivo Barjas Negri. Já conhecíamos essa prática, talvez desde as nossas casas, quando a família com recursos apertados, especializava a fonte e o destino, menos um pouco, mas sempre mais um pouco e assim íamos vivendo... Na saúde também!

O recurso já praticado era inevitável que fosse repassado e novos recursos, menos um pouco, mas sempre um pouco mais, sem atender de uma só vez, nem uma vez só, mas sem deixar de atender, por aproximações sucessivas viríamos nos especializando. Uma tática para tempos finitos, pois sua permanência através dos tempos resultou numa sucessão que não evita a crise, mas a prorroga, sempre. O pior dessa tática circunstancial que se pereniza é a superação da crise por decurso de prazo, por exaustão, e assim vimos naturalizando o insatisfatório. Como dizia



João Batista de Sousa na gestão da secretaria da saúde de Brasília, neste governo, a crise tem que acabar, se não acabar deixa de ser crise, vira permanente. É o risco, cuja consequência talvez já se verifique no país inteiro, um cansaço atribuído ao Estado... O mesmo Estado a que todos queremos servir!

O PAB variável tornou-se a pedra-de-toque, de lá pra cá e daqui pra lá. Novas necessidades, vamos atrás de algum recurso... Novas propostas nacionais, vêm a nos oferecer algum recurso, vai que alguém topa e daí é só começar, como coceira que pega e ninguém mais para de coçar, desse modo vimos chegando, vamos vivendo, “malemátrêscotchega”, como escreveu outro dia Aldo Balboni:

E aí Companheiro, tudo certo?  
Aqui a vida segue em ondas com grande variedade de mar!  
No grosso tudo bem, no fino malemátrêscotchega; vamos vivendo.  
A vida puxa e estica, recolhe e encolhe, destrambelha e se enquadra;  
Deslança e estanca;  
Isso, a vida é tudo!

### **3.11 - Consórcio Paraná Saúde**

A coordenação das atividades que envolviam medicamentos no setor público, como programação, aquisição e distribuição, era responsabilidade da Central de Medicamentos, a CEME, projetada e criada para esse fim, sob a presidência do economista João Felício Scardua, que inclusive veio a ser secretário de saúde do Espírito Santo, contemporâneo da nossa gestão, mas quando a CEME já não existia. Problemas com a gestão de contratos, compras insuficientes ou excessivas, descargas anacrônicas de produtos nas centrais estaduais, descuido ou desconsideração com as diversidades regionais, aliados à descontinuidade no fornecimento, trouxeram mais problemas do que soluções para o suprimento da assistência farmacêutica pública no país inteiro, prejudicando principalmente unidades de atenção primária em todos os estados e municípios, motivo da medida de seu fechamento puro e simples. Uma empresa criada para organizar estrategicamente a suficiência em qualidade e quantidade das diversas apresentações de fármacos essenciais ao tratamento adequado da população teve suas atividades encerradas em 1997 (Dec. 2283 de 24 de julho de 1997). Jogou-se a criança com a água da bacia!

Com a CEME fechada a assistência farmacêutica permaneceria paralisada e a população reclamando o direito legítimo ao tratamento, principalmente na atenção primária.

A Portaria GM/MS nº 3916/1998, de 30 de outubro de 1998, foi o instrumento que passou a orientar as ações no campo da assistência farmacêutica oficial em todo o país. A reorientação da assistência farmacêutica, uma diretriz dessa política, teria como objetivo implementar, nas três esferas de governo, o processo de descentralização que teve início com a implantação, em 1999, do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB), constante de recursos financeiros pactuados pelas três instâncias de governo e transferidos aos municípios para a aquisição de medicamentos da atenção primária à saúde.

Coube-nos definir quais estratégias adotaríamos para superar a deficiência de escala e lograr aumento da eficiência no gasto dos recursos, vez que quase 80% dos municípios paranaenses são constituídos por menos de 20.000 habitantes.

Foi quando decidimos atuar junto aos municípios do estado visando otimizar recursos da assistência farmacêutica básica, especialmente com a garantia de pagamento a vista aos fornecedores, logo na entrega das compras.

Ainda hoje as regionais de saúde do estado recebem as encomendas que os municípios apanham e removem para suas secretarias e armazéns ou diretamente para as unidades dispensadoras. São partidas adequadas ao perfil de doenças e aos protocolos praticados e hábitos vigentes em cada rede de assistência à população, respeitando-se as regras técnicas e administrativas estabelecidas com os gestores regionais e municipais colegiadamente.

O consórcio foi estabelecido entre os municípios e o estado com autorização das câmaras de vereadores, constituindo-se um fundo de acumulação dos recursos correspondentes aos municípios consorciados, diretamente do ministério da saúde para a conta própria do consórcio que também recebe a contrapartida do estado.

A lição imediata à primeira compra: os vendedores de medicamentos não estocam seus produtos, pois cada dia que passa é um dia mais perto da data de vencimento; para os intermediários e a própria indústria o mais interessante é embalar e transportar diretamente para o destino final.

A lição simultânea, entre gestores e para dentro de cada equipe, era preciso afinar a capacidade de programar, elaborar a lista e fazer o pedido da vez. Houve quem ficou muito triste quando recebeu volumes muito menores do que imaginava, houve quem gastou quase toda a sua verba

com uma pequena variedade de produtos. Creio que este foi o maior ganho da experiência deste consórcio, saber programar e comprar medicamentos.

E a redução de preços ficou muito evidente: aspirina que era comprada a 10 centavos a unidade (R\$ 0,10) caiu para apenas um centavo cada unidade (R\$ 0,01). Antes do consórcio se comprava 10 (dez) comprimidos de aspirina, com um Real e depois do consórcio, 100 (cem) comprimidos com o mesmo R\$1,00! Entre 1999 e 2000 a média de redução de preços praticados em função da escala e da pontualidade dos pagamentos foi de 33 %, aproximadamente, com ampliação da Farmácia Básica de 40 para 119 produtos, dentro do conceito de farmácia programada, possibilitando a compra de grandes lotes, maior poder de compra e de negociação mais favorável à redução de preços. Ao deixar a gestão estadual em janeiro de 2002, havia 350 municípios filiados ao consórcio, cujo presidente é escolhido por eleição dentre os prefeitos dos municípios consorciados, eleito pelos seus pares.

Antes de sair do cargo propusemos à instância deliberativa do consórcio modificar seu nome original trocando a palavra medicamentos pela palavra saúde e o escopo das atividades que poderiam ser realizadas. Com aprovação da diretoria o consórcio passou a se chamar Consórcio Paraná Saúde, mas ainda se limita à compra de medicamentos. Hoje o Paraná Saúde tem filiados 394 dos 399 municípios do Estado. Referência importante do Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde.

### **3.12 - Paraná ingressa na Gestão Plena!**

Era 1999 e nada, nada de entrarmos em gestão plena, uma prerrogativa dos municípios e estados desde a vigência da NOB-01/96. Apenas Alagoas havia aderido, consultei a equipe e também consultamos as lideranças municipais, alguns prefeitos e mais secretários de saúde.

Tendo em vista que eram contratados 1870 prestadores de serviços e 529 hospitais, distribuídos em 399 municípios, com 45 mil internações mensais, que poderiam ser melhor administradas, com maior agilidade, conforto e segurança para os usuários, o nosso único saldo seria esse, porque saldo financeiro não haveria sob regime arrastado de escassez, o desafio era gastar melhor. Curitiba, Londrina, Maringá, Apucarana, Dois Vizinhos, Campo Mourão, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Pato Branco, São Jorge do Patrocínio, Terra Boa, Umuarama e Mandaguari já se encontravam em gestão plena recebendo seus recursos globais diretamente

no Fundo Municipal do Fundo Nacional de Saúde. O efeito mais evidente do gesto de Itamar Franco, decreto 1232 de 30 de agosto de 1994, cinco anos antes!

No dia em que agendei para conversar com o secretário executivo, notei um funcionário do ministério que acabara de guardar uma bíblia na gaveta da sua mesa, assim que cheguei no corredor do gabinete de Barjas Negri. Perguntei-lhe o nome, José Batista. E o que estava lendo? Era a Bíblia, a parábola dos talentos.<sup>17</sup> E o que diz a parábola? Ele me contou em detalhes, mostrando-se animado, crente que era. Agradei e fui pedir a gestão plena, o escasso dinheiro do Fundo Nacional de Saúde para a gestão estadual no Paraná. Contei ao Barjas sobre os talentos, que me desejou felicidade na gestão, como aqueles que aplicaram seus vinténs. No mesmo dia embarquei com destino ao Paraná, pois ainda devia chegar a Campo Mourão, onde a nossa diretora regional me aguardava com os secretários municipais e os prefeitos, cuja associação havia pedido uma pauta. E qual foi minha surpresa, quando eles se colocaram por meio de um deles em nome do grupo: secretário, precisamos ver se não há um jeito de melhorar o financiamento da farmácia básica, porque... Deixei que concluíssem, mas logo me veio à mente o que acontecera no ministério, a parábola dos talentos, e foi a minha resposta! Todos riram, pediram desculpa, mas eles tinham razão de estar apreensivos. Era a hora mais difícil da transição do sistema de cesta básica que havíamos arrumado na primeira gestão para o novo sistema do consórcio medicamentos. No segundo semestre de 1999 o consórcio começaria a funcionar com uma grande ajuda das margaridas, isto é, das duas Daisy, a Pantarolli e a Caputo. E o fiel escudeiro René José Moreira dos Santos, diretor geral que havia sucedido a Arnaldo Bertone e este a Luciano Ducci.

Por falar dos talentos, lembrei de uma conversa com o professor de patologia. Marco Aurélio de Quadros Cravo alternava a chefia do serviço de anatomia patológica do Hospital de Clínicas com a chefia do departamento de patologia do setor de ciências da Saúde da UFPR. Médico cooperado da UNIMED Curitiba, Marco Aurélio elegeu-se presidente da entidade e me convidou para uma conversa com a diretoria e mais alguns colegas, quando falamos de política de saúde e perspectivas do Sistema Único de Saúde. Perguntado como via a atuação da cooperativa em relação ao sistema público sob gestão do Estado, me permiti compartilhar a ideia de que o futuro da UNIMED não seria diferente do que se passava com o SUS, que já começara a apresentar dificuldades em prover atenção universal, integral e equânime como ainda hoje.

---

<sup>17</sup> Parábola dos talentos. Mateus, 25:14-30 e Lucas, 19:11-2

A afirmativa soou enfática e talvez excessiva, mas tratei de explicitar: que a conduta profissional na prática cotidiana não é diferente, em geral são as mesmas atitudes: ouve-se pouco, examina-se menos e receita-se muitos sintomáticos, pede-se muitos exames e procedimentos e manda-se para outros especialistas a maioria, gerando despesas exponenciais sem cuidar dos indivíduos. A UNIMED amanhã será como a Saúde, se não mudarmos uma ou outra!

### **3.13 - Rede de Hospitais Comunitários**

A secretaria teria que colaborar com as unidades hospitalares locais de algum modo, embora fossem pouco resolutivas e dispendiosas, que faturavam a internação imediata e depois devolviam pacientes para as famílias ou os encaminhavam adiante com a remuneração da entrada e muito pouco ou quase nada de efetivo para estabilizar ou melhorar a condição com que chegavam ao atendimento. Com dinheiro pouco e sem expectativa de uma solução nacional estruturante, tínhamos que conviver, aplicando a primeira ‘máxima mínima’, não dê um veredito se não tem proposta melhor.

Foi o que fizemos, buscando a integração em rede e sua melhoria possível com produtos que teríamos necessidade de comprar para unidades próprias e assim conseguir alguma economia de escala e mais do que repassar recursos financeiros, o que seria pouco e incerto, teríamos a chance de interagir com os gestores municipais e as instituições mantenedoras. Iríamos provocando algumas melhorias imediatas, conhecendo melhor cada unidade e suas possibilidades.

Ampliamos um pouco a variedade e aumentávamos a quantidade até o limite de recursos disponíveis para compras de material médico hospitalar e começamos a fazer entregas periódicas nem sempre muito pontuais, mas algo sempre era transferido e bastante reconhecido. O que muito nos valeu foi a experiência de abastecimento da rede, o manejo de armazenamento e distribuição, enfim o conhecimento da logística, que era baseada na experiência do diretor do almoxarifado central, o velho Pitágoras Schroeder!

Foi assim como fizemos na primeira hora do governo, em que a Central de Medicamentos estava abarrotada por entregas de compras da gestão anterior, e montamos a cesta básica de medicamentos distribuída com discriminação positiva, mantida sucessivamente por novas compras da secretaria até que construíssemos o consórcio a partir de 1999.

### **3.14 - O Novo Laboratório Central**

O Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, com objetivo de promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando de forma mais eficaz os recursos públicos; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços; e promover a equidade.

No Paraná o REFORSUS apoiou diversos projetos de reforma e ampliação de unidades hospitalares mantidas por instituições beneficentes como no caso da Santa Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio.

O Estado do Paraná propriamente, só veio a solicitar e os teve aprovados, os recursos para construir um novo Laboratório Central de Saúde Pública, o LACEN-Paraná, mediante contrapartida do tesouro estadual.

O novo LACEN foi uma proposta da Secretaria de Saúde tendo em vista a alta qualidade técnica da unidade de diagnóstico, limitada por permanecer instalada em condições prediais insatisfatórias, embora de grande valor imobiliário e histórico, localizada na ‘Quadra Sanitária’, onde se encontram o Hospital de Doenças Infecciosas Oswaldo Cruz e o Laboratório Central do Estado, de frente para a Avenida Ubaldino do Amaral, entre as ruas Aminthas de Barros e XV de novembro, no primeiro Alto da XV. E o Pronto Socorro Psiquiátrico, de acesso pelos fundos, à Rua João Prosdócimo quase confrontando com o Centro de Hemoterapia e Hematologia do Estado, o HEMEPAR, também da saúde, na quadra abaixo.

O motivo principal de se construir o novo laboratório foi a responsabilidade estratégica com a vigilância em saúde entre a região Sul e o país, todo ele acima do Trópico de Capricórnio ou do rio Paranapanema!

E a oeste Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, fazem fronteira com o Paraguai e Argentina e ainda o Rio Grande do Sul com o Uruguai, mais ao sul.

Projetamos e negociamos a construção de um laboratório contemporâneo, nível de segurança elevado, só superado por laboratórios de análise de amostras muito especiais, que ainda não está plenamente implementado, mas o será pela pertinência de seu projeto em amplitude, conforto e qualidade das instalações. Está localizado em terreno amplo e numa posição afastada

do centro de Curitiba, como deve ser, embora muito distante para os acostumados por décadas de atuação nas suas antigas dependências.

O acesso para amostras de todo o território estadual, como da região sul e até mesmo dos países do Mercosul é em muito facilitado por se localizar junto à Rodovia BR 277, no Bairro do Guatupe, em frente à Academia Militar do Guatupe, município de São José dos Pinhais, a 15 quilômetros do Aeroporto Internacional Afonso Pena, a 70 quilômetros do Porto de Paranaguá e também acessível a Joinville e todo o litoral Sul pela Rodovia BR 377 e depois BR 101 e o planalto catarinense e serra gaúcha pela BR116 assim como São Paulo e todo o sudeste. Todo o interior do estado acessa o laboratório pelo anel metropolitano, assim como a fronteira com o nordeste argentino e o Paraguai.

Compondo a mesma visão estratégica, considerando nossa expertise em ciências biológicas aplicadas desde os tempos do Instituto de Biologia e Pesquisas Tecnológicas (IBPT), tempos de Manuel Ribas e Marcos Enrietti, e sucessivos governos estaduais, viemos ter a oportunidade de somar esforços com a Fundação Instituto Oswaldo Cruz para instalar aqui no TECPAR, produtor de vacinas para o PNI, especialmente para o controle da raiva animal e humana, uma equipe de pesquisa em *Trypsanosoma Cruzi*. O acordo firmado entre o Estado e a União por interesse recíproco permitiu as condições para que hoje se constituísse no Laboratório Carlos Chagas, sob a responsabilidade de Moisés Goldberg, Marcos Kriger e cols.

### **3.15 - Controle do Câncer do Colo Uterino**

O jornal do CONASEMS, volume 5, número 61, de abril de 2000, publicou na página 14, que 857 mil mulheres paranaenses fizeram os exames de Papanicolaou, das quais 11 mil tiveram laudo positivo para neoplasia, com absoluta probabilidade de cura, dada a antecipação do diagnóstico ou o caráter incipiente do processo mórbido, que indevidamente chamamos de diagnóstico precoce. Precoce é o desenvolvimento de quem antecipa etapas e não o diagnóstico feito na hora oportuna e adequada ao tratamento resolutivo. Melhor que o diagnóstico seja tempestivo, isto é, em tempo de curar, sempre!

Outras 355 mulheres tiveram encaminhamento para medidas clínicas mitigadoras de lesões irreversíveis e de cura muito difícil ou mesmo impossível. Resultados do primeiro ano de um projeto que pretendia alcançar até 3 milhões de mulheres em 3 anos na faixa etária de 15 a 70 anos e que começava bem. Atuavam no projeto a Associação Paranaense de Patologia, a

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná, a Associação Brasileira de Enfermagem, o Fórum Popular de Mulheres, a Universidade Federal do Paraná e as secretarias de saúde e prefeituras municipais. Tal abrangência institucional e populacional era o objetivo principal da secretaria sob nossa gestão, quando estabelecemos parceria com a Sociedade Brasileira de Patologia, a Associação Paranaense de Patologia e o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas da UFPR, quando Luiz Fernando Bleggi Torres era chefe do serviço, Giovanni Loddo diretor do hospital e Marco Antônio Collaço de Almeida, presidente da SBP.



## **4 - ENDEMIAS, SURTOS E EPIDEMIAS**

Todo dia tem um surto ou a gente não sabe que ele está por vir e ainda pode ocorrer sem notificação à autoridade sanitária, mas é cada vez mais raro que tal aconteça sem que a gente fique sabendo. No controle de meningite, por exemplo, há sempre uma pessoa de plantão, de sobreaviso em todas as regiões do país, por mais remoto que seja o lugar, alguém deverá ser comunicado e vai tomar a iniciativa certa para a condução do caso suspeito até que seja confirmado ou descartado, adotando medidas imediatas e mediatas conforme vão se cumprindo as etapas de esclarecimento. Isto é uma resultante do grande esforço SUS, que não foi e não é em vão, é uma conquista dos brasileiros, um bem, um valor inestimável e não pode ser detratado sem mais nem menos. Patrimônio imaterial!

### **4.1 - A erradicação da varíola!**

O sanitarista Ciro de Quadros, gaúcho que serviu por um ano em Altamira-PA como médico da Fundação SESP, pediu demissão para se matricular no curso de saúde pública na própria Escola Nacional de Saúde Pública!

Ciro, após concluir o curso se apresentou no Paraná em fins da década de 1960, para atuar na vacinação contra bexiga, a doença que marcava a face de um modo inconfundível. Era a varíola, a única doença banida da humanidade até hoje, por nossa própria capacidade, da qual ainda guardamos uma cepa a 7 chaves, razão porque não é banida da face da Terra.

Pois é... Ciro chegou pedindo muito pouco 'pra' trabalhar muito e o secretário Arnaldo Busato, com o tirocínio que lhe era peculiar, deu-lhe uma Rural Willys com motorista e uma enfermeira, nada mais além das estradas de terra, poeira, barro, encalhavam, desencalhavam, dormiam na estrada e assim iam Ciro e companhia! De região em região, procurando casos de varíola e aplicando vacina nos contatos, nas pessoas que tinham estado em certo período com o doente. Não é que foi dando 'pra' alcançar os contatos, mesmo os que tinham certo receio de autoridade, ainda que fosse da saúde. Foi assim que o intrépido Ciro de Quadros, um misto de Quixote e Sancho Pança, pôs um fim à transmissão da varíola altamente virulenta. Era a estratégia de bloqueio, vacinando-se apenas os contatos e logrando-se a sua interrupção. E deu certo, apenas 35 mil contatos vacinados numa população de mais ou menos 7 milhões no Paraná dos últimos anos 60.

De regalo, como se diz lá no Sul, a OMS o chamaria para aplicar a mesma estratégia na Etiópia, um país em guerra civil, o imperador lhe chamando para explicar o que fazia lá, denunciado que havia publicado a ocorrência de 25 mil casos e não vacinava. Em se explicando e trabalhando arduamente por seis anos, acabaria a transmissão da doença no país e com o emprego do colega grego que o denunciara, por não vacinar em plena epidemia!

Ciro virou o mundo e mais uma vez trouxe sua contribuição ao controle da poliomielite anterior aguda com a estratégia de vacinação massiva, ao contrário da que aplicara para conter a varíola.

Pois é... Ciro de Quadros faleceu no último mês de maio quando se retirou das atividades de vice-presidente da Fundação Albert Sabin para morrer em casa, aos 74 anos, reconhecido como herói da Saúde Pública das Américas. Hoje a sua efígie integra a galeria dos sanitaristas do Ministério da Saúde do Brasil!

#### **4.2 - Controle da Rubéola Congênita**

Creio que hoje mulheres e homens, todos os jovens potencialmente geradores de crianças, estão imunizados em proporções suficientes para evitarmos a síndrome da rubéola congênita. Entre 1995 e 2002 a maioria dos jovens, especialmente as mulheres eram suscetíveis de adquirir o vírus da rubéola com dano para uma eventual gestação.

Antecipando uma ação que depois, muito felizmente, se universalizaria, tivemos a cooperação do Centro Nacional de Epidemiologia e da SVS na pessoa do diretor do CNE, ex-secretário de Pernambuco, Jarbas Barbosa que nos destinava sobras de partidas que eram devolvidas ao ministério. E assim, para evitar eventuais perdas por vencimento da validade imunobiológica, essas sobras eram remetidas ao Paraná que as aplicávamos de região em região conforme a quantidade de doses imunizantes da vez. Desse modo, logramos o controle da síndrome com a colaboração que pudemos retribuir com o exemplo e a experiência de logística, comunicação e operacionalização. Tivemos nessa empreitada a colaboração voluntária da Xuxa com seu apelo importante para sensibilizar e mobilizar a comunidade paranaense.

#### **4.3 - Sarampo na Região Metropolitana**

Entre 1997 e 1998, houve aumento do número de casos de sarampo na região metropolitana de Curitiba, razão de nossa atitude de vacinar contra sarampo antes que a doença tomasse

proporções incontroláveis. Ainda mais com a história de grande aumento de casos em São Paulo e Florianópolis.

A vacina recomendável seria a monovalente, só para sarampo, que não havia disponível pelo PNI, então a bivalente, sarampo e rubéola, também não havia bastante, mas havia uma partida de tríplice viral, para sarampo, rubéola e caxumba em quantidade suficiente.

Decidimos então aplicar a tríplice viral, imunizar para as três doenças seria muito bom, pois já vínhamos enfrentado a rubéola e as doses conjuntas cobririam eventuais falhas e contra caxumba é sempre bom proteger. Nizan Pereira, que fora secretário estadual, entrou na campanha como secretário de Almirante Tamandaré ao lado de Curitiba e todos os municípios metropolitanos.

Havia referência à possibilidade de ocorrer casos de caxumba vacinal, asséptica, a denominada 'caxumbinha'. Logo nos primeiros dias começamos a receber notificação de caxumba, que nossa diretora respondia usando o diminutivo sugerido pelas informações do imunizante, até que vieram casos com sintomatologia mais e mais acentuada, inclusive se relataram casos típicos da caxumba sistêmica, como descrevia Arari da Cruz Tiriba, comprometendo glândulas outras que não apenas as parótidas, com orquite, meningite asséptica inclusive e outras situações que exigiam cuidado intensivo.

Fomos à mídia em resposta ao clamor de familiares e profissionais, explicamos o que estava acontecendo e tivemos apoio dos secretários municipais de saúde e dos serviços de terapia intensiva sob gestão da secretaria de saúde de Curitiba.

Felizmente, todos os afetados se recuperaram sem sequelas conhecidas até hoje. Recorri à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a CONEP, coordenada pelo professor William Saad Hossne, que nos deu apoio e orientação. Um colega servidor da secretaria de saúde estadual inclusive representou junto ao CRM contra mim, enquanto secretário de saúde responsável pelo ocorrido, o que tivemos condições de responder logo que se concluiu o relatório da situação superada.

E o sarampo não medrou aquele ano e nos anos imediatos na região metropolitana de Curitiba. A lição inesquecível é que a segurança com que vínhamos debelando situações diversas, algumas com ocorrências desagradáveis, mas sem gravidade alguma, não nos imunizava para toda e qualquer dificuldade adiante. Talvez tenhamos nos excedido, não sei, porque os casos de sarampo depois de interrompida a sua ocorrência seriam ainda mais graves, provavelmente, pois havia um acúmulo de suscetíveis em idade de maior risco.

Mais esta ‘máxima’: excesso de confiança é perigoso, pode ser mais perigoso que falta de segurança.

#### **4.4 - Cólera em Paranaguá: um inimigo do povo?**

Chamamos a mídia assim que o LACEN obteve o resultado positivo para vibrião colérico, explicando a causa da morte de três pescadores da Baía de Paranaguá. E confirmamos as suspeitas sem dar mais tempo às conjecturas de catástrofe iminente. Era o que devia fazer, nada melhor que a verdade dos fatos para aplacar a imaginação ignominiosa. Aprendera com Jaime Lerner que estava na Universidade Politécnica de Cracóvia, Polônia, país de origem de ‘Seo’ Felix e Dona Elza, seus pais, onde receberia o título *Doctor Honoris Causa*. E aqui na sua origem política, onde os pais foram acolhidos e constituíram a prole a que ele pertencia, anunciávamos ao mesmo tempo a confirmação da doença mais associada com a miséria e a falta absoluta de higiene, *Cholera morbus*.

E assim fizemos, sem vacilar um átimo sequer, com apoio da governadora em exercício, do secretário de justiça e do chefe de gabinete do governador, mais a defesa civil sob comando do secretário-chefe da casa militar, o corpo de bombeiros do litoral, a administração do porto de Paranaguá e os prefeitos, secretarias e departamentos de saúde e de educação, as santas casas de Paranaguá e Guaratuba, hospitais privados e os hospitais municipais de Matinhos e de Antonina.

Mudei-me para Paranaguá e articulamos um gabinete sediado na regional de saúde com integração de todas as forças, logo nos incluindo em uma organização ainda mais ampla com o protagonismo do gabinete do governador/governadora em exercício. Algum conflito sério inicial, quem manda no que, bem resolvido, salvo a persistência da ideia de fechar o acesso de produtos do litoral a Curitiba, uma estupidez admitida por certos galões, inclusive autoridades sanitárias logo dissuadidas tecnicamente, mas muito zelosas em não se prejudicar politicamente!

Muito conflito de comunicação no começo, inépcia ou intenção de profissionais da área, inclusive da nossa assessora, disputa de território, de entendimento/ignorância do que se dera para termos cólera no litoral do Paraná. De quem era a culpa?! Felizmente, essa dúvida não nos atingia, insegurança jamais nos abalou, estávamos certos quanto ao que devíamos fazer, seguir as recomendações atualizadas pela experiência de quase uma década de enfrentamento do

vibrião colérico no país. O que era ‘pra’ fazer e dominar o surto definitivamente, sem pestanejar, somente isso nos interessava. E fizemos, em menos de 60 dias de orla marítima, indo e vindo para algumas obrigações em Curitiba e o mais entre a serra e o mar, de cidade em cidade, de hospital em hospital, de escola em escola, de casa em casa.

Juntamos todas as forças e fomos ainda mais reforçados com ajuda de funcionários públicos municipais, principalmente da saúde e da educação. Embora fossem qualificados com formação geral e específica de segundo grau, muitos graduados inclusive, fazíamos treinamento sobre as táticas de comunicação em grupos, pequenos médios ou grandes, e de pessoa a pessoa com vistas a conseguir convencer o máximo possível que a doença é muito grave, o sofrimento muito grande, cujo tratamento exigia atenção imediata e cuidado intensivo, embora não fossem necessários leitos de terapia intensiva.

O passo seguinte era convencer as pessoas a lavar as mãos com água e sabão, antes de comer e depois de descomer, como diria Moisés Paciornik e nós dizíamos, tomando água tratada ou pingando hipoclorito na proporção certa ou fervendo a água para beber e cozinhando muito bem os alimentos. No caso de Paranaguá os mariscos deviam estar contaminados, o bacucu e o sururu, alimentos habituais da população caiçara. A prevenção seria muito simples lavando-se as mãos, e ao fim de minhas palestras em comunidades diversas, sindicatos, colônias de pescadores, igrejas por toda parte explicando que cólera é uma doença de transmissão oro-fecal, quando levamos fezes à boca eu aproveitava o nome do bacucu, repetindo ba-cu-cu, ba-cu-cu, bo-ca-cu! E simulava o gesto de levar a mão de uma extremidade a outra do tubo digestivo. Aqui a doença não vai continuar, só depende da ação de todos nós!

E assim foi. Visitamos mais de 50 mil casas de porta em porta, de Paranaguá a Alexandra, Antonina e Morretes na baía de Paranaguá e de Pontal do Sul a Praia de Leste, passando por todos os balneários, a Matinhos, Caiobá e Guaratuba.

Em meio a esse reboiço todo, o secretário de saúde de Santa Catarina veio nos visitar com interesse de se instruir sobre as medidas que devia tomar se houvesse casos no seu litoral catarinense. Sendo engenheiro agrônomo da área de fomento agropecuário também se preocupava em proteger as fazendas de ostras nas baías de Florianópolis. Felizmente não houve casos confirmados além do nosso litoral.

Todas as equipes regionais de saúde cobriram todos os municípios e tomaram as medidas conjuntas entre as regionais e as secretarias de saúde, não tendo se confirmado um único caso fatal após a perda daquelas vítimas iniciais.

Por ironia ou por uma dessas coincidências ou determinações incógnitas, que jamais se repetirão, eu fora convidado e havia aceito, ser debatedor sobre a apresentação de uma peça de Ibsen por um grupo de teatro de Maringá por ocasião do encontro de entidades médicas da Região Sul. E qual era a peça? ‘Um inimigo do povo’, cujos personagens eram Thomas Stockmann, médico de uma estação termal; Senhora Stockmann, sua esposa, Petra, filha do casal e professora pública; Eilif e Martin, seus filhos de 13 e 10 anos; Peter Stockmann, irmão mais velho do médico, prefeito, chefe de polícia, presidente da sociedade termal; Martin Kill, dono de curtume, pai adotivo da Senhora Stockmann; Hovstad, redator do Mensageiro do Povo; Billing, colaborador do jornal, Horster, comandante de navio e Alasksen, impressor. Burgueses de todas as categorias, algumas mulheres e um grupo de colegiais, vindos à reunião pública.

A ação se passa em uma pequena cidade na costa meridional da Noruega. Em síntese, o médico que fez parte da campanha do irmão descobre que as águas da estação termal estão contaminadas e se vê diante de um drama de consciência, se declara ou não declara o que tinha constatado e alerta a população, podendo quebrar a economia do balneário e destruir a carreira política do irmão. É interessante ver o desenlace<sup>18</sup>.

Eu estava na posição de autoridade sanitária comparável à do médico irmão do prefeito e já havia publicado o resultado dos exames que comprovaram o surto presente de cólera. Era mandatório que tomasse a atitude de informar imediatamente a sociedade, sendo sanitarista, investido da autoridade governamental da saúde, só me cabia fazer o que fiz. Nada poderia ser mais indicado fazer. O representante de uma rede de comunicação regional e nacional participou do debate sobre a peça e declarou que havia mandado cobrir a notícia de cólera no litoral com a alternativa de câmara escondida, que não foi utilizada diante da posição que havíamos adotado.

A Folha de Londrina/Folha do Paraná publicou em 12 de abril de 1999, matéria de página inteira: Cólera é um problema de toda a sociedade, sobre a entrevista de 9 de abril em Paranaguá, que dera a Dimitri do Valle. “Depois de duas semanas de crescimento do número de casos Raggio esbanja otimismo”, escreveu Dimitri, que eu me justificava com a mobilização para transmitir os cuidados contra a doença, estimando que num prazo de 60 a 90 dias a epidemia pudesse estar controlada. E estava! Ainda se referiu a mim como cauteloso e metódico nas

---

<sup>18</sup> Ibsen H. Seis Dramas. Ensaio sobre o autor Otto Maria Carpeaux. Tradução e dados biográficos de Vidal de Oliveira.

respostas, informando que na quarta-feira próxima eu faria 50 anos! E fiz, mas não pude comemorar.

Chamado ao Palácio Iguaçu para entrevista, imediatamente, sobre denúncia de medicamentos vencidos no almoxarifado. Outra vez, havia lá câmara escondida, confirmada pelo mesmo diretor que participara do debate sobre 'Um inimigo do povo'. Havia mesmo produtos com prazo vencido, mas eram remanescentes de ações de descarte devidamente registradas, sem caracterizar omissão da autoridade. Outra vez, muito pelo contrário, havia sido feito o que devia ser feito e pude dizer que à autoridade da saúde também cabe armazenar medicamentos vencidos para o devido destino sanitário.

Ao fim de 30 dias desde a confirmação do diagnóstico do vibrião colérico pelo Laboratório Central do Estado, remeti a seguinte mensagem:

#### **FORA CÓLERA!**

A operação Fora Cólera conquistou o controle da epidemia em Paranaguá em menos de 30 dias. Confirmado o primeiro caso em 27 de março, chegamos a 27 de abril com 8 dias sem novos casos confirmados. O último caso comprovado de diarreia por vibrião colérico data de 19 de abril próximo passado.

Esta conquista de controle é de todos os órgãos governamentais da saúde e afins, mas principalmente dos profissionais de saúde e dos cidadãos que através do trabalho voluntário conseguiram interromper a transmissão da doença.

Lavar as mãos com água e sabão antes das refeições e após as evacuações, além da higiene adequada dos alimentos foi a forma de interromper a circulação do vibrião colérico.

Doravante permanecemos atentos às diarreias agudas em geral, como aliás já se fazia nos municípios do Paraná.

Você cidadão profissional tem papel fundamental no alerta permanente e no controle das diarreias. Solicito sua atenção cotidiana enviando e buscando informações junto à Saúde Pública da sua cidade e do Estado do Paraná.

Agradecendo sua colaboração efetiva, sempre ao dispor.

Armando Raggio  
SECRETÁRIO DE ESTADO

#### **4. 5 - Hantavirose em União da Vitória**

Esta doença foi descrita por ocasião da guerra da Coréia, quando soldados americanos foram acometidos de uma doença desconhecida, que se soube então ser causada por um vírus que levou o nome do rio que banhava a região em que aconteceram os casos diagnosticados: *Hantavírus*! A doença era conhecida de indígenas americanos que a associavam com a época

das chuvas, quando eram surpreendidos pela presença de roedores ao adentrarem suas tendas. Nessas ocasiões os ocupantes eram acometidos de um mal que lhes causava muito sofrimento e os matava. Sem conhecer sua causalidade, mas de tanto associar as ocorrências, do rato e da doença, esse povo adotou a conduta de queimar a tenda com tudo que havia dentro sempre que encontrassem o animal dentro das tendas.

Um epidemiologista dessa origem indígena encontraria enfim o que fazia o nexo causal: os animais surpreendidos relaxavam esfínteres, defecavam e urinavam sobre vestes e outros pertences contaminando os ocupantes com o mesmo vírus do rio **Hanta**. Foi isso que aconteceu em União da Vitória, no sul do Paraná. A região sul do estado tem uma tradição extrativista tão forte, que mesmo depois de desflorestar quase todo o território, passaram a reflorestar para extrair de novo!

E assim plantaram-se milhares e milhares de hectares de espécies exóticas, como eucaliptos e pinus, este em maior proporção. Para abater hectares de troncos os trabalhadores se mudam provisoriamente para dentro de bosques e capões de pinus, ermos e quase sem variedade biológica devida à competição da espécie reflorestada, onde se instalavam em barracas res do chão, deixando tudo a descoberto, inclusive alimentos. E os ratos silvestres vivendo sob a escassez do ermo, logo descobriram que nas barracas havia o que comer. Surpreendidos os nossos roedores brasileiros faziam como seus colegas coreanos e estadunidenses, defecavam e urinavam nos pertences dos mateiros e estes adoeciam e foram adoecendo gravemente, alguns morrendo, inclusive os muito fortes.

A crise infecciosa se agrava com insuficiência cardiorrespiratória severa, uma guerra imunológica se instala e pode ser fatal, se não houver suporte de cuidados intensivos. O nosso colega epidemiologista Natal Jataí de Camargo descobriu que era necessário isolar as barracas elevando-as do chão e evitando a entrada dos vetores com um colar de lata circundando cada esteio do jirau da barraca e um acesso por escada removível se fosse o caso. Os primeiros casos apareceram em 1998, vários em 1999 e alguns em 2000 já mais acima, para o lado centro-sul do estado, em Guarapuava. As unidades hospitalares da região acolheram os primeiros casos com mais perdas no início do surto, aprendendo rapidamente e evitando muitas mortes. Quando a hantavirose apareceu por aqui, vieram epidemiologistas e clínicos da região para colaborar com Brasília.



#### **4.6 - Febre amarela no Oeste**

Macacos vão e vêm de galho em galho pelas matas ciliares dos grandes rios e assim levam ou trazem germes como é o caso do vírus amarílico, da febre amarela silvestre, semelhante ao que acontece com a migração dos morcegos sobrevoando o vale dos mesmos rios, podendo trazer ou levar o vírus da raiva. A vigilância permanente da ocorrência ‘óbitos de macacos’ nos permite verificar a probabilidade de transmissão do vírus da febre amarela em território já ocupado pelo mosquito, como é o caso do oeste do Paraná. A ocorrência sinaliza o cuidado, que se traduz em amostra e pesquisa laboratorial. A frequência elevada de óbitos com ou sem confirmação do laboratório, comprovando-se ou não a presença do germe, mais vale o alerta. E foi o que fizemos, vacinamos a população de todas as áreas com histórico de infestação por *Aedes aegypti* e não tivemos casos de febre amarela no período de 1995 a 2002.

Nosso cuidado era evitar a reurbanização da febre amarela, haja vista a história, décadas atrás, de febre amarela urbana na região. Em Goiás houve diversos casos de febre amarela silvestre em 2000. Não houve casos naquela quadra da nossa gestão e depois tampouco.

#### **4.7 - Malária em São Miguel do Iguçu**

A malária ainda ocorre no Paraná, em proporções muito menores que no passado, depois das obras do Departamento Nacional de Obras de Saneamento no litoral. Onde há água e água bastante, há criatórios nas várzeas e o mosquito prolifera e vai e vem com a população que habita a fronteira do estado com o Paraguai. Assim se constatam surtos esporádicos entre as reservas Guarani, tendo ocorrido casos autóctones na margem esquerda do Lago de Itaipu logo acima do barramento, na Reserva Ava-Guarani-Ocoy, em 2002.

#### **4.8- Diarreia em Antonina**

Antonina é o município onde fica um dos portos marítimos da Administração dos Portos de Paranaguá e Antonina, situado na Baía de Paranaguá. A diarreia é objeto de vigilância contínua da secretaria municipal e da regional do Instituto de Saúde do Paraná/Secretaria de Saúde do Estado, por motivos óbvios, especialmente a diarreia em adultos. O surto generalizando-se com perspectiva epidêmica fez pensar que havia uma *pump* distribuidora de algum germe para os seus moradores. Natal Jatai, avisado do problema, cogitou dessa hipótese em relação ao sistema

municipal de abastecimento da cidade, um dos remanescentes da atuação da Fundação SESP, cuja diretoria regional sul era em Curitiba, já desativada.

Os técnicos e auxiliares eram cedidos para a administração municipal e só faziam cuidar do sistema sem outros recursos que não os seus próprios vencimentos de funcionários do Ministério da Saúde, com muito apreço sob taxas municipais insuficientes e sem nenhuma possibilidade de investimento. Apesar do zelo aconteceu o inevitável, contaminação por *Cyclospora cayetanensis* causando a diarreia ameaçadora da moral do sistema sespiano, além do comprometimento da saúde dos seus usuários. Reconhecida a *pump* vieram as medidas incontinenti, debelando-se o surto a curto prazo, ainda em 2001.

#### **4.9 - Toxoplasmose Aguda em Santa Isabel do Ivaí**

O meu sucessor já estava definido quando tivemos notícia da ocorrência mais bizarra de toda uma gestão de saúde por sete anos ininterruptos, sete anos e catorze dias. Outra contaminação de um sistema municipal de abastecimento do tipo Fundação SESP outra vez, mas agora por *Toxoplasma gondii*. E a causa nada mais era que uma gata parida aninhada com a prole sobre a tampa da caixa principal do sistema. Sua defecção contendo o toxoplasma contaminara a rede de abastecimento de todos os domicílios servidos por ela. Sem investimento e apenas com manutenção a taxas simbólicas, o sistema se tornara vulnerável a esse episódio, que se configurou dramático, em se tratando de toxoplasmose aguda, uma doença grave, ainda mais se permanece e se torna crônica. Eu e o professor Sobania, meu sucessor, ainda visitamos a cidade na vigência do surto que felizmente foi controlado em curtíssimo prazo, removida a fonte de contaminação.

#### **4.10 – Hanseníase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Tuberculose?**

Entre as doenças infecciosas de maior interesse epidemiológico, estão as negligenciadas desde há muito, a hanseníase e a tuberculose mais a síndrome de imunodeficiência adquirida, que teve enfrentamento adequado pelo Sistema Único de Saúde e ainda está requerendo atenção especial.

Houve uma região no Paraná, como em todos os estados brasileiros, para onde se recolheram portadores de hanseníase desde os tempos da exclusão imposta pelo Estado, quando os positivos para a infecção, qualquer de suas formas, das mais brandas à mais grave, eram apartados da família e da sociedade, resultando nos sanatórios, ainda hoje remanescentes com o nome de hospitais de dermatologia sanitária.

Da primeira nomeação para dirigir a Fundação de Saúde tivemos a missão de superar as sequelas de experimentos levados a efeito por pesquisador obstinado em obter cepas imunogênicas para a produção da vacina contra o mal de Hansen. Era o professor Ruy Noronha de Miranda, a quem devotávamos enorme respeito. Nosso colega Jesus Rodrigues Santamaria teve que aplacar efeitos indesejáveis de seu intento, na qualidade de diretor geral do Hospital de Dermatologia Sanitária São Roque em Piraquara, Região Metropolitana de Curitiba. Na gestão de secretário indicaríamos como diretora a odontóloga Remi Munaretto, quando elaboramos um projeto de aproveitamento da unidade como hospital de longa permanência em apoio aos hospitais de pronto socorro superlotados com pacientes estáveis e sem condições de alta para o domicílio. Lamentável que não tivemos condições de levá-lo a termo.

Em 2013 e 2014 a prevalência de hanseníase foi de 9 casos por 100.000 habitantes no estado do Paraná, abaixo de 10 (dez) casos por 100.000 habitantes, ou abaixo de 1 (hum) caso por 10.000 habitantes, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>19</sup>.

A síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) foi descrita quando éramos responsáveis pela gestão da saúde no governo de José Richa. No Hospital Oswaldo Cruz, única unidade estadual especializada em doenças infecciosas, acolhíamos os pacientes, passando a realizar os primeiros diagnósticos de SIDA, sob cuidados gerais e específicos ainda pouco desenvolvidos.

As medidas preventivas foram adotadas imediatamente, conforme as recomendações do ministério e da OMS. Então o Paraná se destacava em cooperação com as autoridades sanitárias municipais e nacionais, tendo inclusive estabelecido parceria com organizações do movimento social, em especial aquelas representantes dos chamados grupos de risco. A compreensão de que nossas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento não deveriam discriminar, mas contribuir para o entendimento de que não se tratava de uma doença restrita aos grupos de risco, mas da emergência de uma epidemia que poderia acometer qualquer pessoa, foi de certa forma resultado imediato do ativismo de clínicos e epidemiologistas dedicados a investigação de casos e estudos laboratoriais e terapêuticos. Houve perdas humanas inevitáveis, inclusive de profissionais da própria Fundação de Saúde, cujos nomes estão registrados na galeria daqueles que faleceram em serviço por causas diversas. O Paraná lograria capacidade de acompanhar não só a SIDA, como as demais doenças sexualmente transmissíveis, com indicadores e evidências de seu controle cada vez mais eficiente e efetivo.

---

<sup>19</sup>Paraná está próximo de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, disponível em <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=82217>

Curitiba viria interromper a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência entre 1999, quando o índice de transmissão da mãe para o bebê era de 9% e 2003, quando chegou a zero.<sup>20</sup>

Em 2011, no entanto, a Grande Curitiba foi motivo de apreensão quanto ao elevado número de casos incidentes de SIDA, destacando-se Colombo, Curitiba, Pinhais e Piraquara dentre as 6 (seis) cidades paranaenses que constam das primeiras 100 (cem) cidades brasileiras em incidência da síndrome. Entretanto, a mortalidade pela doença no estado é menor que no país.<sup>21</sup>

Em 1927, a tuberculose foi a doença que motivou o presidente do estado, o médico Caetano Munhoz da Rocha, a criar o Hospital São Sebastião da Lapa<sup>22</sup>, antiga cidade do Príncipe, cujos ares eram mais propícios ao tratamento da tísica. Em 1947 o Sanatório Médico Cirúrgico do Portão<sup>23</sup>, bairro da zona sul de Curitiba, foi instalado numa escola agrícola recém construída, mas destinada ao tratamento de portadores da doença. Em 1967 o Sanatório Noel Nutels de Londrina<sup>24</sup>, hoje hospital da UEL, foi destinado ao tratamento dos portadores de tuberculose dentre uma população que crescera vertiginosamente em 30 anos de ocupação da fronteira de expansão agrícola, especialmente da cafeicultura, quando se podia enriquecer de uma safra a outra, mas para empobrecer bastava uma noite de geada ou uma doença sem tratamento do estado. Havia ainda hospitais privados contratados pelo INAMPS para tratar tuberculose, um hospital de Piraquara e o Hospital São Carlos em Curitiba.

A desospitalização dos acometidos de tuberculose já se iniciara quando assumimos a superintendência da Fundação de Saúde em 1983. De lá para cá veio sendo reduzida a oferta de leitos na capital e o sanatório, que deixou de ser convertido em unidade de cirurgia torácica e cardiovascular, foi denominado Hospital Geral do Protão e, depois de uma ampla reforma, Hospital do Trabalhador em 1997. E assim o velho sanatório se converteu de fato num pronto socorro metropolitano, mediante parceria das secretarias de saúde do estado e do município com a Fundação da Universidade Federal do Paraná, a FUNPAR, que até hoje é responsável por sua administração. A unidade ainda se presta a ser referência ao tratamento de quaisquer

---

<sup>20</sup>Curitiba zera transmissão vertical da SIDA em 4 anos, disponível em <http://www.parana-online.com.br/canal/opiniaio/news/90275/>

<sup>21</sup>Grande Curitiba entre as maiores incidências de AIDS, disponível em <http://www.parana-online.com.br/editoria/cidades/news/577288/?noticia>

<sup>22</sup>Hospital Regional da Lapa São Sebastião, disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2949>

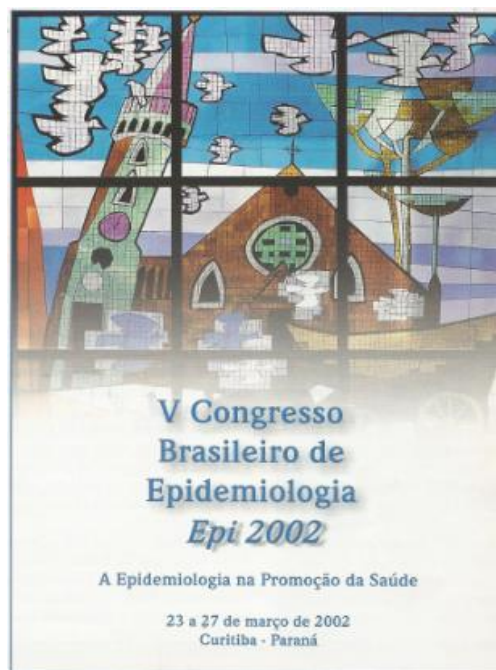
<sup>23</sup>Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, Hospital Geral do Portão, Hospital do Trabalhador disponível em <http://www.thecities.com.br/Brasil/Paran%C3%A1/Curitiba/Sa%C3%BAde/Hospitais%20e%20Unidades/695/>

<sup>24</sup>Sanatório Noel Nutels, homenagem ao “médico do sertão” disponível em <http://doclondrina.blogspot.com.br/2013/07/sanatorio-noel-nutels.html>

afecções, inclusive tuberculose, como também acontece com o Hospital Universitário de Londrina, permanecendo ainda alas do sanatório no Hospital Regional São Sebastião da Lapa.

A preocupação atual quanto ao controle da tuberculose se deve ao paradoxo do abandono de tratamento por consequência da terapêutica efetiva com melhora clínica imediata. A sensação de segurança ou o excesso de confiança de afetados, resulta em abandono de tratamento, configurando-se quadros de recrudescimento e resistência bacteriana, quando a internação pode ser necessária, em especial nos casos de não adoção da terapêutica recomendada.

Entre surtos, endemias e epidemias, seus comportamentos previsíveis ou surpreendentes e seus episódios indesejados, tivemos a presença de oferecer apoio da secretaria de saúde e do governo do estado para a realização do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia - o EPI 2002 em Curitiba, que ocorreu na gestão do meu sucessor, professor Sobania, a quem agradeço a sustentação dos compromissos que havíamos assumido com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), muito sensível aliás ao que vínhamos enfrentado e realizando no Paraná.



## 5 - DO PARANÁ AO PARANOÁ

Paranoá é o Lago de Brasília, cuja criação fora sugerida desde o relatório da Missão Cruis. Paranoá é uma variante de Paranaguá, de origem Guarani, que significa enseada do mar ou do rio grande ou ainda baía fluvial. Se a variante tem os mesmos significados da palavra original, Paranoá significa literalmente enseada do mar ou do rio grande ou baía fluvial, que aqui então é a enseada de Brasília! Gustavo Corção, engenheiro e escritor católico, conservador e filiado à União Democrática Nacional, combatia pela imprensa a iniciativa de construir Brasília e o Lago Paranoá. Juscelino Kubitschek jamais lhe havia respondido a respeito da nova capital e tampouco sobre o lago, até que um dia lhe enviou um telegrama dizendo apenas: Encheu, viu! E o lago permanece assim, contribuindo em amenizar o microclima da cidade, vertendo água para uma usina e tributário da bacia hidrográfica do Paraná.

### 5.1 – Projeto Reforçando o Sistema de Saúde para Reduzir Desigualdades

Era setembro ou outubro de 2001, mais uma viagem de volta de Brasília para Curitiba. Anúncio de chamada para a UGP do Projeto Reforçando o Sistema de Saúde para Reduzir Desigualdades entre o Reino Unido (DFID-UK) e o Brasil, por meio do *Department For International Development* e o Ministério das Relações Exteriores/Agência de Cooperação Internacional (MRE/ACI), o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (MPOG/IPEA) e o Ministério da Saúde (MS/SIS).

Inscrevi-me no prazo limite, com o currículo breve traduzido, livremente por minha chefe de gabinete que conhecia inglês melhor que eu! Cristina traduz ‘pra’ mim e manda pro sítio indicado neste anúncio, vai que dá certo!

Avisei o governador que havia me inscrito, expliquei o que era e ficamos de olhos e ouvidos para a possibilidade. Era uma expectativa muito vaga, em não tendo intenção de concorrer nas eleições, embora fosse cogitado, que eu deveria tomar outro rumo ao fim do governo, qualquer que fosse o desenlace eleitoral. Essa poderia ser a minha oportunidade de aportar em Brasília por conta própria, sem depender de correr eleições e ainda ficar devendo favor ou obrigação com apoiadores ou pior, passando dificuldades de manter uma campanha sendo do governo e falando na perspectiva da política de saúde ou das políticas sociais em geral, embora tivéssemos

feito o melhor possível em termos de organização da saúde, de provimento de condições dignas de trabalho e de intervenção em situações graves que enfrentamos como relatado.

Sérgio Francisco Piola me ligou certo dia para uma entrevista, que compatibilizamos com outras agendas e vim conversar com a banca, cujo maior cuidado era não me fazer de confiado, pois os conhecia em parte e era um simpatizante dos trabalhos desenvolvidos no IPEA, onde havia começado o PIASS, o INAN e cujo Centro de Formação já havia me contemplado com um curso aqui em Brasília. Eu queria vir ‘pra’ cá e viria para uma tarefa muito mais leve que a de gestor por quase dez anos contínuos, de secretário de saúde de Curitiba desde abril de 1992 a secretário de saúde do Paraná desde janeiro de 1995, sem solução de continuidade até 2001. A novidade era estudar, essa minha gana de querer saber de tudo um pouco, por que não aprender um pouco pelo menos de Economia da Saúde?!

Após a entrevista fui ao governador ‘pra’ dizer que poderia ser escolhido e que eu ia estudar alternativas para ele me substituir sem dificuldades e foi assim, mas, só depois da notícia para vir tratar da contratação, de como seria feita e se eu poderia confirmar minha vinda. Vim, conversamos, confirmei e me comprometi. De volta, fiz uma proposta de indicar três nomes que eu considerava aptos a assumir a tarefa de concluir a gestão com o governador Jaime Lerner: René José Moreira dos Santos, diretor geral, nosso secretário adjunto, Márcio Almeida professor da Universidade de Londrina que havia sido vice-reitor numa gestão dentro do nosso período do governo e Luiz Carlos Sobania, ouvidor da secretaria de saúde, articulador do SIATE Curitiba e da sua expansão para o estado na nossa gestão, mediador das negociações com a Universidade Federal, para estabelecermos o contrato de gestão do Hospital do Trabalhador. E o governador aceitou a proposta e decidiu por nomear o nosso professor e colaborador Sobania!

René permaneceu na equipe do novo secretário, mas deixou o posto para nomeação de Ângelo Tesser, que vinha da universidade e da experiência de implantação do Hospital do Trabalhador. Aliás, René fora o principal agente em nome da secretaria de saúde, para consecução do contrato e o estabelecimento do conselho gestor e de todas as suas exigências.

A tarefa para a qual fui contratado era mais leve diante do que eu respondera como secretário de capital e de estado em dez anos seguidos, mas de qualidade igual ou superior, pois se tratava de compromissos do governo brasileiro com o Reino Unido e de sustentar compromissos de financiamento e desenvolvimento de quadros técnicos das instituições de ensino e pesquisa e de unidades gestoras de saúde em todas as regiões do país. Previsto para cinco anos, o projeto

durou quatro com a retração orçamentária do *Department for International Development* (DFID), tendo em vista a mudança da política de relações e fomento técnico-científico com as nações de renda média como éramos considerados pelo governo britânico.

O orçamento geral do projeto era de 4,98 milhões de libras esterlinas, no máximo 25 milhões de reais, o que eu administrava e ‘consumia’ em uma semana de prestação de serviços no SUS do Paraná. Isso me fez ver definitivamente, quando um gestor de saúde diz que não tem dinheiro ‘pra’ capacitação, treinamento, formação, pós graduação é por que não quer ou não entende quanto é importante que haja o desenvolvimento de sua maior riqueza, os trabalhadores da saúde. Quem gasta 1 bilhão do ano, como gastava o SUS do Paraná, não pode gastar 5 milhões com educação em saúde? Ou seja, 5 milhões de 1000 milhões, isto é, 5 reais de cada mil gastos em meios e fins de atenção à saúde, 0,5 por cento?!

Por meio da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC), fui contratado como gerente de projeto e depois como superintendente de acordo com a tabela própria da instituição, que mantinha convênio de cooperação junto ao Conselho Britânico.

Ana Pelliano era a Diretora Social e Sergio Piola seu vice-diretor, o coordenador do projeto e eu, gerente cumpridor das decisões colegiadas com homologação da representante do DFID, que foi Monique Veddler, uma profissional do governo inglês, substituída ao fim do contrato por Ernesto Jeger.

Apoiamos os projetos de pesquisa apresentados desde a origem das negociações, constituímos uma comissão de avaliação de projetos com participação de Gilson de Cassia Marques de Carvalho, o Gilson Carvalho e Rômulo Paes de Sousa.

Ao fim do projeto, havíamos apoiado a formação de 200 especialistas, inclusive com um curso contratado da Universidade Pompeu Fabra de Barcelona. Além disso, dezenas de pesquisas, eventos diversos, publicações e mesmo congressos da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES, 20 mestrados e 5 doutorandos em Economia da Saúde. No curso contratado da Universidade de Campinas (UNICAMP), tive oportunidade de participar, onde defendi um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre a gestão de saúde do Distrito Federal. Com o advento do primeiro governo Lula, permaneci na gerência e colaboramos com a transformação da secretaria de investimento em secretaria de ciência de tecnologia, tendo José Alberto



Hermógenes substituído Gabriel Ferrato dos Santos e no departamento de economia da saúde foi nomeado o professor Elias Jorge.

## 5.2 - Economia da Saúde, o que é isto?<sup>25</sup>

“Nosso desafio é como fazer mais e melhor com o pouco que temos”.  
Elias Jorge

Há muitas definições de economia da saúde:

“Especialidade de recente surgimento dentro dos estudos econômicos, dedicada a investigação, estudo, métodos de medição, racionalização e sistema de análises das atividades relacionadas com financiamento, produção, distribuição, e consumo dos bens e serviços que satisfazem necessidades sanitárias e de saúde, sob os princípios normativos da eficiência e da equidade” (24) ou

“Disciplina dentro da administração sanitária que estuda a oferta e a demanda dos serviços sanitários, assim como as consequências da política de investimento sanitário nos diversos modelos de provisão de serviços de saúde” (24).

“A aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde” (25) ou

“O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados”. (25)

“Aplicação da ciência econômica aos fenômenos e problemas associados ao tema da saúde” (26) ou

“Disciplina que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, a fim de estudar os mecanismos e os fatores que determinam e condicionam a produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde”. (27)

Linhas de atuação e de pesquisa em Economia da Saúde:

- Alocação de Recursos em Saúde: forma como o setor distribui seus recursos, financeiros ou não, entre as diferentes tecnologias e regiões sanitárias, com vistas a atender às necessidades de saúde da sociedade;

---

<sup>25</sup>Apresentação ao VII Congresso Nacional da Rede Unida, Curitiba, 15 a 18 julho de 2006.

- **Análise de Custos em Saúde:** avaliação econômica que considera apenas os custos do uso do produto ou da tecnologia podendo ser do tipo análise de custo-benefício, de custo-efetividade, de custo-minimização ou de custo-utilidade;
- **Avaliação Econômica em Saúde:** análise comparativa de diferentes programas, produtos e tecnologias quanto aos custos e aos efeitos sobre o estado de saúde;
- **Contas Nacionais de Saúde:** parte componente das contas nacionais de qualquer país correspondente ao movimento financeiro global das atividades setoriais, avaliadas por meio de instrumentos apropriados de mensuração do gasto público e privado do respectivo sistema de saúde. Contêm as fontes e os destinos dos fundos destinados à atenção de saúde, a concentração de gastos nos diferentes programas e serviços e a distribuição orçamentária entre as diferentes regiões sanitárias e os grupos populacionais;
- **Desigualdades, Justiça e Equidade em Saúde:** análise das desigualdades sociais prejudiciais à saúde e dos princípios e meios capazes de promover a justiça e a equidade no acesso e no uso de bens e serviços indispensáveis à promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade.

Há fundamentalmente duas economias, uma natural e outra cultural. A primeira procede da natureza, basta observar, e a segunda vem da humanidade para prover a existência sobre a Terra, depois do Paraíso.

A economia da natureza inspirou a Fisiocracia, a primeira escola de economia humana. François Quesnay, iniciador desta escola, era médico e acreditava que a terra tinha vocações assim como os órgãos do corpo humano têm funções que lhe são próprias e específicas. Para os fisiocratas somente a produção baseada na agricultura e na pecuária era geradora de riqueza e, portanto, dos impostos caudatários do tesouro para financiamento do Estado e suas políticas de transporte e de educação, bastantes para promover o desenvolvimento. A economia humana não é, todavia, a mesma coisa que a economia natural.

A economia da natureza se baseia na lei da entropia, quanto menos energia, mais equilíbrio, mais estabilidade. Ao contrário, a economia da sociedade se caracteriza sempre pela concentração de esforços que se acumulam no que se constituiu como o capital. Quanto mais capital, mais riqueza, sem, no entanto, significar mais estabilidade ou redução das incertezas, pois o capital não obedece à lei da entropia!

Para que a riqueza se realize em escala crescente é preciso concentração até o ótimo de rentabilidade, mas para promover efeitos socialmente benéficos ela precisa ser distribuída.

A primeira razão do Estado, a quem a sociedade atribui administrar o bem comum, é distribuir a riqueza, reduzir as desigualdades criadas e superar as limitações impostas pela natureza.

A economia criada pela sociedade é uma só, porém, pode ser duas, conforme ela conduz a relação entre o capital e o trabalho. Há uma economia do capital e outra economia do trabalho, e uma sociedade é tão mais desenvolvida quanto melhor seja administrada esta relação, sem esquecer que ambos extremos são incapazes de se desenvolver por si só. O fulcro desse equilíbrio é variável, cabendo à sociedade e aos governos definir como e onde posicioná-lo.

Este equilíbrio não pode desconsiderar os costumes, os valores, a moral e a ética. O espectro de possibilidades de equilíbrio se delinea em uma composição de interesses diversos, sob a variedade moral da sociedade contemporânea.

Não há fronteiras, segundo os intérpretes da globalização. O capital migra sem escrúpulos em busca da maior renda, apenas para auferir sua reprodução propriamente dita.

As fronteiras, no entanto, não foram superadas do ponto de vista do trabalho. Nunca houve pleno emprego em qualquer lugar do mundo capitalista e nem franquia indiscriminada de empregos para trabalhadores de quaisquer países. Tampouco, o crescimento da oferta de empregos acompanha o crescimento da população trabalhadora, impedindo que ela possa obter renda para a satisfação das necessidades essenciais das famílias, pelo menos.

Onde houver concentração de riqueza corresponderá quase sempre uma concentração de pobreza e miséria, que ao contrário de se desfazer, tende a permanecer indefinidamente. Essa a fronteira que fere a humanidade, a ferida nascida do desenvolvimento sob a égide de um modo de produção que se universalizou, sem universalizar a cidadania. Este paradoxo aparente é determinado pela hegemonia do capital, que se reproduz negligenciando as necessidades sociais.

A saúde não é apenas o bem-estar físico, psíquico e social e, tampouco, a ausência pura e simples de doenças. A definição da Organização Mundial da Saúde nunca foi capaz de abarcar a complexidade do seu objeto, mas sua contextualização é cada vez menor na medida em que a vida humana vem se tornando um bem cultural resultante da modificação progressiva da natureza, exponencialmente ampliada pela ação antrópica.

Se as espécies vingaram conforme a lei de Darwin, por meio da seleção natural, quando os mais

fortes e mais adaptáveis sobrepujaram os mais fracos, a cultura foi capaz de alcançar a competência de reverter essa lei com a aplicação do conhecimento científico e o desenvolvimento da técnica.

Há seres humanos que só se tornaram gente porque tiveram oportunidade de nascer sob condições de assistência e atenção continuada, sem as quais não seriam viáveis. Hoje se considera, aliás, que mesmo a cooperação involuntária entre os seres vivos reproduziu condições de emergência e sustentação da vida há milhões de anos, aproveitando os momentos mais favoráveis e superando os contextos mais adversos.

A penetração do capital no setor terciário da economia, abrangendo os serviços de saúde maciçamente, logrou fazer da saúde um nicho de negócios dentre os de maior rentabilidade, potencializando a acumulação em proporções jamais vistas. O reparo do mal-estar gerado pela desigualdade criada passou a ser mais importante que a reparação das doenças adquiridas por agressão da natureza ou por herança propriamente dita.

Hoje, mais que no passado, as relações humanas produzem doença e sofrimento, quando pessoas sadias morrem em maior proporção, tanto assim que o dispêndio dos sistemas em aplacar os efeitos da violência causada pelo homem se constitui no maior gasto das autoridades locais, regionais e nacionais de saúde, especialmente no Brasil.

Nesse sentido, a descentralização do sistema de saúde é insustentável sem a cooperação das autoridades nacionais e regionais, num ambiente de pouca ou nenhuma solidariedade horizontal. As medidas econômicas, políticas e administrativas, além do comportamento individual dos seres humanos, determinam cada vez mais doenças graves e fatais, sobre o que as autoridades locais pouco podem influir, mas são obrigadas a investir em estruturas e a sustentá-las em proporções crescentes da sua renda mais e mais escassa.

A saúde ‘que Deus nos deu’ não se mantém e muito menos se aperfeiçoa pelo efeito do mercado, que só faz criar necessidades para saciar a gana de crescer por crescer. Por isso, a sociedade não pode deixar a saúde ao sabor do mercado, por isso saúde é ‘coisa pública’.

Há duas economias da saúde: uma do capital e outra do social. A política pode servir ao social, mas geralmente o faz submissa, a serviço do capital e, por conseguinte, submetendo a sociedade.

Aos trabalhadores, gestores, prestadores e usuários da saúde, a todos nós, cabe decidir: qual economia da saúde nós queremos pôr em prática?

A racionalidade econômica aplicada sobre as ações de saúde, embora indispensável em regime de escassez permanente, não é a economia da saúde capaz de satisfazer as necessidades legítimas da sociedade que clama por mais saúde. É preciso pensar a saúde como a educação, como uma política pública indispensável ao pleno desenvolvimento do ser humano, dado que nascemos incompletos, por fazer, e nunca estaremos prontos e acabados. Ainda que saudáveis, e senão mesmo por isso, sempre teremos necessidades por atender, para além da higidez biológica; a nossa humanidade exige atenção e cuidado, até quando a morte sobrevém.

É oportuno e conveniente reforçar alguns conceitos fundamentais desde a concepção até a implementação do Sistema Único de Saúde, que acaba de completar 25 anos.

- **Universalidade:** quando uma pessoa adoecer, o seu corpo e a sua mente adoecem individualmente, assim como a sua família, o seu grupo social, a sua comunidade, a sociedade em geral. Desse modo o adoecimento do indivíduo é ao mesmo tempo da sua família, do seu grupo social, da comunidade e da sociedade toda. É o que os economistas chamam de externalidade, neste caso negativa. Uma pessoa vacinada para certa doença é beneficiada pela imunidade que lhe confere a vacina e ao mesmo tempo beneficia os seus circunstantes, quando se configura um exemplo clássico de externalidade positiva.

Assim, também podemos pensar sobre a saúde: um indivíduo saudável não o é por si só. A sua saúde não lhe pertence, podendo-se dizer que um ser social só é saudável socialmente, como a educação, a saúde também é um bem público, como a cidade que não é de ninguém, mas de todos.

Todos somos vulneráveis. Nossas diferenças econômicas, de propriedade ou de renda em nada atenuam os agravos da violência e suas consequências, pelo contrário, podem expor e comprometer ainda mais segmentos melhor ou pior situados socialmente. Isto constitui razão bastante para a universalidade, ainda que tardia. E mais, se com universalidade os mais necessitados têm menor acesso, que será deles sem a universalidade?

- **Integralidade:** a assistência à saúde deve ser uma só, embora estratificada por razões técnicas para otimizar investimento, operação e acesso. Não devemos, contudo, repartir a assistência à saúde em pacotes ou restringir a mesma às cestas básicas ou aos níveis hierárquicos. A concepção de assistência à saúde de um indivíduo, de uma família ou de um grupo social deve permanecer única de modo que unicidade seja sinônimo de integralidade (único = integral).

A agregação tecnológica não é o melhor critério para definir a complexidade da assistência em

saúde. A tecnologia simplifica, padroniza, parametriza e, portanto, é menos complexa que a atenção às pessoas com suas queixas, sinais e sintomas, cujas respostas não serão dadas pela tecnologia sem a interpretação humana.

Complexidade não pode ser reduzida a um certo grau de agregação de capital, mas deve também ter em consideração as horas de escuta, de atenção e de trabalho humano, investidas na capacitação profissional e na atenção a cada caso.

A escuta e o exame de um ser que sofre deve ser a mais complexa de todas as tarefas na cadeia de ações de saúde, onde não se distinguem as dimensões corpo, mente, alma, valores e cultura que compõem as pessoas. Estão todas imbricadas, constituindo identidades inéditas.

- Equidade: O princípio fundamental ‘de cada um conforme a sua capacidade, a cada um conforme a sua necessidade’, baseia-se provavelmente na identidade: (CAPACIDADES  $\equiv$  NECESSIDADES).

Se as capacidades são conhecidas e se não se necessita o que não se conhece, a identidade é verdadeira. Este princípio é simplesmente inquestionável, não havendo quem o conteste sem o ônus da reprovação geral da sociedade.

Na prática social, porém, sua aplicação é invertida: os centros mais sofisticados conquistam os maiores repasses do sistema, em termos absolutos e relativos, que ‘dá mais a quem tem mais’ concentrando capital e renda às custas das necessidades dos que lhe são periféricos e dependentes.

Hoje, os necessitados e mais vulneráveis justificam a alocação de recursos nos polos mais desenvolvidos, mas não alcançam plenamente os benefícios correspondentes às suas expectativas, apesar dos repetidos e extensos exercícios da pactuação e programação integrada, agora denominada programação geral de atenção à saúde. Tal como descrito por Hart, os serviços de saúde são regidos pela “lei dos cuidados inversos”, fenômeno praticamente universal: os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos beneficiados por eles.<sup>26</sup>

A desigualdade natural ou social, desfavorável ao desenvolvimento do indivíduo e prejudicial à saúde, pode e deve ser superada ou atenuada com auxílio do sistema de saúde. O que não se pode admitir é a injustiça de que o sistema amplie e aprofunde as desigualdades.

Os sistemas sociais, apesar de criados para reduzir ou atenuar desigualdades injustas, podem

---

<sup>26</sup><https://mdajlemos.wordpress.com/2015/05/10/a-lei-dos-cuidados-inversos-agora-de/>

promover ainda mais desigualdades. O nosso sistema de saúde está gerando desigualdade toda vez que concentra recursos e dificulta o acesso aos que mais precisam e continuará assim se não houver medidas de controle fundamentalmente distributivas por parte das autoridades sanitárias, como responsáveis pela política pública saúde.

Em cada região metropolitana ou mesmo nas regiões de menor dimensão, ainda que não haja a conurbação das metrópoles, o acesso aos bens e serviços é diretamente proporcional à renda e não o inverso, como deveria ser, se o sistema fosse equitativo.

Nas cidades de menor renda 'per capita' há maiores necessidades, todavia, o acesso e o consumo de bens e serviços se torna mais fácil e muito maior nas cidades de maior renda. Isto é próprio do mercado, onde há maior renda há maior demanda por mercadorias. A saúde, enquanto mercadoria, repete a mesma fórmula.

Para a população a saúde é um direito e, portanto, interessa que o Estado desempenhe sua função essencial, qual seja, a função distributiva, de modo que se anule ou se reduza a discriminação negativa no acesso, direta ou indiretamente relacionada com a renda. Há uma insatisfação crescente que pode questionar o modelo de descentralização instaurado com o repasse de recursos 'fundo a fundo' a partir de 1994.

Novos recursos são precisos para que haja equidade, mas não serão bastante se não vierem acompanhados de novas regras ou de uma interpretação mais justa da transferência de recursos, tal que haja mais verbas para cobertura dos serviços de saúde aos que estão mais expostos ao risco de adoecer e morrer. Alguns números, tão grandes e tão pequenos...

Em 2014, o Sistema Único de Saúde (União + Estados + DF + Municípios) gastou R\$ 216.858.560.000,00, R\$ 1.069,48 por habitante, isto é, R\$2,93 por dia para prover bens e serviços de saúde para cada brasileiro. Outro tanto maior que esse foi despendido pelos cidadãos ou pelas empresas empregadoras em atenção à saúde das famílias, R\$ 282.584.201.632,65. Desse modo nós, os brasileiros, gastamos com saúde, em média, R\$ 6,73 por pessoa por dia, ou seja, R\$ 2.458,18 por pessoa por ano.

No mesmo ano de 2014, para atender 50.710.260 de clientes, 26,1% da nossa população, os planos de saúde arrecadaram R\$127.903.821.811,00 dos quais boa parte são recursos injetados pelo governo no mercado de bens e serviços de saúde através de renúncia fiscal, isto é, do desconto de despesas com saúde e assistência médica e odontológica do imposto de renda devido.

O poder aquisitivo dos cidadãos e das empresas é decisivo na hora de aderir a um plano de saúde, tal que as regiões mais ricas aderem em maior grau e auferem maior renúncia fiscal, não bastando os repasses diretos do SUS às autoridades regionais e locais já serem proporcionalmente mais favoráveis. Isto acentua a desigualdade e a injustiça distributiva.

Os estados e municípios mais ricos ainda descumprem as determinações da lei 141 de 13 de janeiro de 2012, enquanto os mais pobres superam os parâmetros estipulados e a renúncia fiscal cobre, em termos, a omissão dos mais ricos, não se prestando ao seu fim precípuo de ‘redistribuição da renda’. Desse modo, a oferta de bens e serviços de saúde, compensatórios à desigualdade que perdura indesejada, é ainda mais comprometida pelo menor aporte de recursos.

Do PIB de R\$ 5.521.256.000.000,00 – cinco trilhões, quinhentos e vinte e um bilhões, duzentos e cinquenta e seis milhões, se 35% foram impostos e contribuições, que tendo sido devidamente arrecadados, conformaram um orçamento público total (União + Estados + DF + Municípios) de R\$1.932.439.600.000,00, um trilhão novecentos e trinta e dois bilhões, quatrocentos e trinta e nove milhões e seiscentos mil reais. Deste total 216.858.560.000,00, duzentos e dezesseis bilhões, oitocentos e cinquenta e oito milhões, quinhentos e sessenta mil reais foram gastos com saúde pelo subsetor público, correspondendo a 3,92 do PIB e 11,22 % de todo o orçamento público brasileiro. Pelo menos outros R\$ 282.584.201.632,65 foram os gastos de saúde no subsetor privado, o que soma R\$ 498.442.761.632,65 no total. Isto significa 9,01% do Produto Interno Bruto do país.

Embora a saúde seja uma política essencial, de relevância pública, não é mais importante, todavia, que educação; habitação, saneamento e transporte público; justiça e segurança pública; ciência, tecnologia e cultura; produção, trabalho e emprego; dentre outras. Dividir R\$1.932.439.600.000,00 por seis grandes áreas resulta em R\$322.073.266.666,66 para cada uma dessas políticas, incluindo a saúde e tomando-se uma política pela outra.

Então, no caso da saúde poderíamos chegar a não mais que 50% acima do que já foi comprometido em 2014, o que até então se teve oportunidade de executar, ou seja, R\$105.214.706.666,66 = (322.073.266.666,66-216.858.560.000,00). Isto, porém, é muito difícil que aconteça, sendo o orçamento da saúde um dos maiores entre todos os gastos fins da união, dos estados e municípios, do Distrito Federal mais ainda, sofrendo restrições irrecorríveis diante das necessidades insatisfeitas em todas as outras áreas de interesse social.

Neste cenário se insinua a Economia da Saúde, mais como ferramenta de racionalização de



gastos do que como instrumento de reflexão e análise da prática de saúde. É verdade que a incorporação de práticas economicamente orientadas permitirá auferir melhor rentabilidade, reduzir o gasto inútil, por falta ou excesso, e as perdas de vidas em quantidade e qualidade.

O principal desafio da Economia da Saúde é o da gestão pública, uma apropriação indispensável para a melhor orientação e decisão estratégica do setor. Não haverá como gerir um sistema que sofre demandas crescentes sob um regime permanente de contenção. É vital que não se interrompa o atendimento, mas é mortal que não se modifique o *modus operandi*, sob pena de rompermos com seus paradigmas socialmente reconhecidos e aprovados, e tornarmos inviável o Sistema Único de Saúde. Mais recursos são precisos, com mais saúde!

### **5.3 - Relação com as universidades**

No Paraná, de algum modo sempre houve relação das universidades com as unidades de saúde. A mais antiga talvez fosse com a Maternidade Vitor do Amaral, que leva o nome do professor que a criou e participou da criação da Universidade do Paraná em 1912, na época em que o estado era exportador de erva mate para os estados e países vizinhos, a Universidade do Mate! Na gestão como diretor de saúde tive ocasião de dar continuidade ao estágio de estudantes de enfermagem e de medicina na rede de unidades municipais. E, também, fui membro de uma comissão de avaliação das ações de Pronto Socorro Municipal, que funcionava no Hospital Cajuru, sob administração da instituição mantenedora da Universidade Católica do Paraná. Quando secretário municipal de saúde, negociamos a aplicação de recursos de emenda parlamentar do deputado Max Rosemann, que foram aplicados integralmente na construção da Unidade de Saúde 24 Horas da Boa Vista, próxima ao território onde se havia proposto o Pronto Socorro Norte. Esses recursos iniciais para a construção do pronto socorro foram suficientes para a obra da unidade inteira, que logo foi colocada em funcionamento em parceria com a Universidade Federal.

Quando secretário estadual, o Centro de Referência em Especialidades, como foi readequado o Posto de Assistência Médica da Previdência Social, cedido ao estado desde a gestão do SUDS, o CRE Marechal Floriano, foi objeto de convênio com a Universidade Católica então Pontifícia, a PUC-Paraná. A mesma universidade assumiria ainda a Santa Casa de Curitiba, unidade prestadora de serviços para os usuários da região metropolitana, sob gestão de Curitiba, com quem mantém cooperação em residência de medicina de família e comunidade.

Os hospitais das universidades regionais mantidas pelo erário estadual sempre tiveram apoio da gestão estadual da saúde, desde o sanatório Noel Nutels, de 1967, que se tornou universitário com a criação do curso de medicina pela UEL e continua como referência hospitalar em fisiologia.

O Hospital Universitário de Cascavel foi transferido da secretaria de saúde para a Universidade do Oeste do Paraná, UNOESTE por tratativas da nossa equipe em cooperação com a equipe da universidade e da Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia.

Ao instalar o curso de medicina, a Universidade Estadual de Maringá (UEM) teve apoio do município para utilizar o espaço inicial de atenção hospitalar no Pronto Atendimento Municipal, depois ampliado e equipado em cooperação de sucessivas gestões estaduais, inclusive a que servimos como secretário.

As unidades regionais de hemoterapia de Londrina, Maringá e Cascavel foram sendo assumidas pelas respectivas universidades, em parceria com a secretaria de saúde, tendo Maringá iniciado o cadastramento de doadores de medula óssea no estado.

A Maternidade Vitor do Amaral foi devolvida para sua origem acadêmica, a UFPR. O Sanatório Médico Cirúrgico, depois Hospital Geral do Portão e Maternidade Luiz Fernando Braga, foi enfim transformado no Hospital do Trabalhador com atendimento ampliado até se converter efetivamente no maior Hospital Geral de Pronto Socorro da cidade de Curitiba, sendo a sua administração atribuída à Fundação FUNPAR/UFPR, por iniciativa da nossa gestão em propor e estabelecer convênio entre a Universidade Federal, a Prefeitura de Curitiba e a Secretaria de Estado da Saúde com interveniência da Fundação da UFPR, a FUNPAR.<sup>27</sup>

Um conselho deliberativo paritário foi a condição de aprovação da proposta junto ao Conselho Estadual de Saúde, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Universitário. Creio que o nome oficial da unidade atribuído por decreto do governador Roberto Requião, permanece Mauro Senna Goulart, técnico de laboratório dos tempos de internação por doenças do pulmão, tuberculose e outras. A marca Hospital do Trabalhador, adotada em consideração aos habitantes dos bairros da região, em geral trabalhadores de empresas industriais ou de serviços, especialmente na CIC, Cidade Industrial de Curitiba.

Em Brasília, atuando no IPEA como gerente do projeto ‘Economia da Saúde’ nos relacionamos com professores e pesquisadores da USP, da PUC-São Paulo, da UFRJ, da Fiocruz-RJ, da UFMG e da PUC-BH, do ISC/UFBA, da UFC e da UEC no Ceará e da UNICAMP, com a qual

---

<sup>27</sup> Convênio entre o Governo do Estado do Paraná, Prefeitura de Curitiba, UFPR e Fundação da UFPR para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura – FUNPAR. disponível em <http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=13>

realizamos o curso de especialização em Economia e Gestão da Saúde. Do exterior tivemos a cooperação com a Universidade Pompeu Fabra de Barcelona, a Universidade Nova de Lisboa e a Universidade de York no Reino Unido.

Na coordenação de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Ciências da Saúde e agora na diretoria executiva da FEPECS, tivemos oportunidade de relacionar com as instituições universitárias de Brasília, a própria UnB e suas faculdades de Saúde, de Medicina e da Ceilândia, a Universidade Católica de Brasília, o Centro Universitário de Brasília, CEUB e outras.

Em São José dos Pinhais estabelecemos parceria com as Faculdades Pequeno Príncipe para implantarmos os programas de residência em saúde e de educação permanente para servidores da rede municipal. Do mesmo modo, em Sorocaba, ao implantar os programas de residência em saúde tivemos oportunidade de ampliar a colaboração com a PUC-São Paulo que já mantinha estudantes em estágios de graduação e iniciar a parceria em residência multiprofissional de saúde mental com a Universidade de Sorocaba.

Quanto ao meu percurso acadêmico, tive oportunidade em 1969 de cursar o primeiro ano de Sociologia na Universidade Integrada da Região Sul (UNIRES) em Itapetininga, que deixei para me dedicar ao pré-vestibular em Curitiba. Em 1971 ingressei nos cursos de Medicina e Física da Universidade Federal do Paraná, tendo me matriculado em ambos, mas deixei a Física logo no primeiro ano. Tendo sido recrutado como assistente do Curso e Colégio Barddal na disciplina de Química, prestei vestibular e ingressei em Química na Universidade Católica do Paraná no ano de 1972, matriculei-me, mas não passei do primeiro ano!

Ao concluir a graduação de Medicina ingressei imediatamente na residência médica em Anatomia Patológica, tendo obtido o título de especialista por consequência do decreto presidencial Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, mas também por exame de título de especialista da Sociedade Brasileira de Patologia em fevereiro de 1979.

Em 1982 assumi o cargo de médico legista da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná, quando participei do curso de formação de médico legista da Escola de Polícia e fui lotado no Instituto Médico Legal de Curitiba. No segundo semestre desse ano ainda tive oportunidade de participar do XIV Curso de Saúde Pública Nível Local da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do curso de extensão em Antropologia Médica da faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Ingressei no Mestrado de Administração da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, excluído logo no início por incompatibilidade com a dedicação integral ao exercício do cargo de diretor superintendente da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha no Paraná.

Em 1984 prestei concurso para professor auxiliar de ensino de saúde pública na Universidade Federal do Paraná, quando fui aprovado, contudo, nunca fui contratado.

Em 1989, encontrando-me em São Paulo, fui admitido ao pleitear o mestrado em epidemiologia na mesma Faculdade de Saúde Pública, que cursei até 1991, quando as responsabilidades assumidas em Blumenau e Curitiba, de professor e de coordenador de programas de saúde, me impediram de concluir o terço final de créditos, razão do pedido de exclusão do programa sob orientação da Profa. Dra. Sabina Léa Davidson Gotlieb, coordenadora da CPG da FSP/USP.

Em 1990 prestei concurso de professor auxiliar de ensino em Saúde Coletiva na Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), tendo sido aprovado e contratado.

Em 1991 prestei concurso de professor auxiliar de ensino em Patologia Básica na mesma FURB, quando fui aprovado e contratado.

Em 1998 prestei concurso ao doutorado no Núcleo Integrado de meio Ambiente e Desenvolvimento (NIMAD) da Universidade Federal do Paraná, não tendo sido aprovado na fase de entrevistas, segundo os examinadores por indisponibilidade de horário enquanto ocupante do cargo de secretário estadual de saúde, embora tivesse declarado que deixaria o cargo para cursar o doutorado.

Em 2004 matriculei-me no Curso de Especialização em Bioética da Cátedra Unesco de Bioética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), concluído em 2005.

Em 2006 fui admitido no Curso de Espacialização em Economia e Gestão da Saúde do Instituto de Economia da Universidade estadual de Campinas (UNICAMP), tendo concluído no mesmo ano.

Em 2009 ingressei no mestrado em bioética da Faculdade de Saúde da UnB, tendo concluído em fevereiro de 2011 com a defesa da dissertação Bioética da Atenção à Saúde na Região Metropolitana do Paraná.

Em 2009 inscrevi-me para o doutorado em Bioética na UnB e para o doutorado em Saúde Pública na FSP da USP. Aceito em ambos programas nem me matriculei por compromisso em assumir a gestão da secretaria de saúde de São José dos Pinhais!

#### **5.4 - Porque o SUS nasceu aqui!**

Juscelino Kubitschek de Oliveira, talvez não imaginasse ao assumir o desiderato constitucional de erigir Brasília, que estava lançando as bases de um novo sistema de atenção à saúde para os brasileiros. Isso mesmo! Uma reivindicação que Antônio José de Souza, o Toniquinho, também não imaginava ao fazer sua pergunta ao candidato no lançamento de sua campanha naquele comício/colóquio no meio do sudoeste goiano, em Jataí!

A independência se dera trinta e três anos depois da Inconfidência Mineira, de 1789, assim como a eleição de JK, dar-se-ia trinta e três anos depois do centenário da Independência!

As necessidades de assistência aos homens e mulheres que aqui chegavam para se engajar na empreitada do maior canteiro de obras da nossa história, vindos de toda parte, exigiram a instalação do primeiro hospital, na cidade livre, o Madeirinha do Núcleo Bandeirante - hoje Museu Vivo da História Candanga!

Homens e mulheres chegavam cobertos de poeira, tão sujos, que eram chamados de candangos, depois das muitas jornadas de caminhão, de pau-de-arara, de ônibus, de carroça ou do eito de dias e dias a pé rumo ao cerrado, descobertos ao sol tropical e ao vento. Aqui continuavam sob a poeira feita pelas próprias mãos ou pelas máquinas que logo aprenderiam a manejar.

No Madeirinha todos eram atendidos por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares, todos feitos profissionais sob o paradigma da proteção à vida a qualquer custo.

Consultando especialistas em sistemas de saúde no mundo, os projetistas da nova cidade tiveram a iniciativa de aproveitar a experiência americana do atendimento às áreas de exploração econômica necessitadas igualmente de proteção provida pela administração.

A ideia inovadora de uma rede de postos e centros de saúde, unidades mistas e hospitais regionais tendo no vértice de serviços encadeados, o Hospital de Base. Tal qual hoje o conhecemos, o Hospital de Base do Distrito Federal é a unidade mais visível do sistema distrital de saúde e por isso mesmo a mais procurada. Do mesmo modo que os serviços em geral, a saúde é estruturada por uma sobreposição de estruturas ampliando-se a rede de unidades quanto mais próximas da população.

O princípio da unificação dos serviços públicos e previdenciários de saúde estava latente na cabeça dos administradores, dos técnicos e dos políticos havia já algum tempo. Este pensamento inspiraria as primeiras formulações de um sistema que fosse capaz de proteger e promover a saúde e ao mesmo tempo prevenir ou reparar as doenças.

A proposta urbanística de Lúcio Costa, a concepção de uma cidade de todos e para todos, onde educação e saúde seriam serviços públicos como os demais, acessíveis desde o início das obras e de lá para cá, como de fato, a toda a população antevia as decisões da 3ª e da 8ª conferência nacional de saúde, muito próximas na expectativa da cidadania plena, afastadas mais de 20 anos, entre 1963 e 1986, por força do regime autoritário que irrompera sobre a nação.

A discriminação entre usuários dos serviços públicos e dos serviços beneficentes ou previdenciários nunca teria sentido aqui, como seria banida em todo o território nacional 30 anos depois pela Constituição Federal de 1988, que sagrou saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estabelecendo as bases do Sistema Único de Saúde. Por isso pode-se dizer que nasceu daqui a ideia de um sistema com universalidade, integralidade e participação social como garantia da busca pela equidade.

A cidade não apenas origina a palavra cidadania, mas é o berço de sua PRÁXIS, onde cada um é igual aos outros habitantes em direitos e deveres. Ninguém é dono da cidade, senão todos. Assim também a saúde: ninguém é dono da saúde, senão todos. Uma sociedade é saudável na medida em que todos os indivíduos que dela fazem parte sejam saudáveis, do contrário, privando-se um só indivíduo de viver com saúde, por discriminação da sociedade ou da natureza, onera-se a saúde de toda a coletividade (28).



A Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CEDRHUS), depois Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas e agora a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS), compõem com a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) o campo da educação em saúde mantido pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da própria Secretaria de Estado da Saúde, a SES-DF.

A Universidade de Brasília, aberta para o mundo e para a vida trouxe nas entranhas a primeira graduação em medicina que levou seus estudantes recém-ingressos a reconhecer a realidade

social, econômica, política e de saúde da população. As estruturas de saúde de Sobradinho, cedidas pela secretaria de saúde de então, mesmo sem o apoio operacional desejável, foi a cidade/campo de prática de saúde para estudantes e professores, indo de casa em casa, sem qualquer discriminação, que não fosse o interesse pela saúde de todos, desde os que estavam por nascer até os já vulnerados, mais expostos aos riscos de adoecer e morrer. A faculdade de ciências médicas, depois de ciências da saúde, formou profissionais com o reconhecimento da realidade social, que vêm se dedicando a toda variedade de especialidades no país e até mesmo no exterior.

Uma linhagem de profissionais egressos daquela nova escola, pioneira em imersão precoce na realidade, viria optar por fazer saúde, talvez de todas as escolhas a mais generalista.

Dentre estes, muitos permanecem atuando pelo mundo afora em prol da cidadania na saúde. Um deles se retirou precocemente da cena pública, para travar sua luta contra a própria doença, mas depois de travado o combate tão audaz e tão feliz, que foi privilegiado por redigir a proposta que aportou ao processo constituinte a redação final dos artigos que compõem o capítulo dos direitos sociais na sessão da saúde, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Esse redator foi Eleutério Rodrigues Neto, recém-falecido do mal que o acometia desde os anos em que se afastou das lides sanitárias, mas permanece viva sua contribuição à cidadania na saúde. Cabe-nos mantê-la doravante.

No Brasil, como em grande parte do mundo, a concentração tecnológica e a superespecialização na saúde trouxeram o ensino para dentro dos hospitais até retirá-lo totalmente da comunidade, o que também se deu aqui.

Com o apoio inicial da Rede Unida/Fundação Kellogg, vimos retomando as origens da educação em saúde, inclusive recuperando sua importância prática como nas origens, a qual deve ser resgatada e renovada também na própria UnB, como já acontece com a inserção dos estudantes de graduação da Faculdade de Ceilândia, na rede de atenção da própria secretaria de saúde no mesmo território em que se encontra e outras regiões e unidades. E mais ainda as mudanças da graduação de medicina virão adotar a inserção em medicina de família e comunidade, como as demais graduações de saúde deverão se expandir na rede de influência direta do campus original da UnB.

Há 14 anos, Jofran Frejat com apoio do governador Joaquim Roriz, aduziu por projeto de lei do executivo, a estrutura de uma mantenedora à proposta de graduação em serviço, como se faz no mundo do trabalho, para formação de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros e outros

profissionais na própria rede distrital, para que esse intento lograsse produzir resultados na graduação de profissionais voltada ao cidadão usuário do nosso sistema público de saúde, garantindo continuidade e segurança para que se cumpra a missão de reordenar a formação profissional.

Acorreram em auxílio à iniciativa professores com interesse e experiências de integração docente assistencial vindos da própria UnB, professor Mourad Ibrahim Belaciano, Paulo Sergio de França e José Garrofe Dorea, além de convidados com experiências reconhecidas como as de Marília e Londrina. O professor Roberto de Queiroz Padilha veio em nome da experiência de Marília e João José Batista de Campos representou a Fundação Universidade Estadual de Londrina (FUEL), na comissão composta para formulação do projeto.

O trabalho encadeia o conhecimento e o ensino e estes por sua vez retroagem sobre o trabalho em um moto contínuo, que pode se tornar um círculo virtuoso, com benefícios em satisfação da população melhor atendida e em realização profissional e política frente aos compromissos de cidadania com a qualidade de vida.

Hoje nossos cursos de medicina e enfermagem têm até 80 estudantes por turma, 800 graduandos se todas as turmas estão lotadas, sendo seis séries de medicina e quatro de enfermagem, constituindo pequenos grupos de estudantes em cada série, acompanhados por tutores e preceptores de graduação, que interagem por metodologia ativa, de aprendizagem baseada em problemas, onde educandos e educadores se educam reciprocamente.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal tem mais de mil residentes em treinamento na rede de unidades básicas, clínicas da família, ambulatoriais e hospitalares, assistidos por preceptores selecionados dentre milhares de profissionais de carreira, estatutários da SES-DF.

O desafio atual da FEPECS é avançar na regulamentação da atividade assistencial de docência e pesquisa de seus colaboradores recrutados por processo seletivo dentre os profissionais que prestam assistência na rede distrital, sem prejuízo da atenção à saúde, o que implica a revisão da lei complementar 840, cujo estudo tem aporte de recursos do ministério da saúde ao governo de Brasília. Esta regulamentação deve contemplar a isonomia de acesso e respectivas retribuições para os interessados em atender editais das três escolas mantidas pela fundação, não só da escola de graduação.

A iniciativa imprescindível ao resgate da experiência de formação profissional como no mundo do trabalho é a reponsabilidade pela gestão de territórios inteiros, pelo menos uma das sete regiões de saúde a serem criadas oficialmente por decreto governamental em tramitação,



compondo melhor ainda a integração do ensino com o serviço na comunidade, para além da medida exemplar da fundação das primeiras escolas do sistema público de saúde, tendo-se recrutado professores apenas e tão somente do quadro próprio de servidores.

Os estudantes começam logo no primeiro ano a trabalhar situações verdadeiramente pertinentes ao atendimento das pessoas, e nos últimos anos de graduação, mergulham na prática assistencial, acompanhados que foram por seus tutores, mais ainda, dos preceptores de internato no estágio final de formação.

A seguir, vem a pós-graduação *latu senso*, assim que se conclui a graduação, aperfeiçoamento, especialização e residência em saúde, quando o mestrado poderá ser ofertado paralelamente à residência em saúde (enfermagem, medicina, nutrição, odontologia, política e gestão de saúde, saúde coletiva e saúde da família e da comunidade). Espera-se assim acrescentar elementos de formação acadêmica aos programas da residência, tal que se possa atribuir titulação de mestrado aos preceptores e residentes que se inscrevam por opção nesta forma simultânea de ensino e desde que cumpram, além do seu treinamento específico em serviço, as exigências *stricto sensu* próprias da pós-graduação acadêmica.

Alunos de graduação de outras instituições de ensino são recebidos em regime de internato na rede distrital de saúde, desde que oriundos de cursos regulares e mediante habilitação institucional conforme edital da própria secretaria da saúde, que disciplina este relacionamento e doravante mediante a aplicação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), proposto pela recente portaria interministerial nº. 1.224, de 04 de agosto de 2015.

Porque o SUS nasceu aqui, ele deve crescer aqui e alcançar a sua plena emancipação com a saúde da “educação na saúde” e para a saúde dos profissionais e da população.

Espera o Brasil  
Que todos cumprais com vosso dever  
Eia, avante, brasileiros, sempre avante!  
Gravai com buril os pátrios anais do vosso poder  
Eia, avante, brasileiros, sempre avante!  
Servir o Brasil sem esmorecer  
Com ânimo audaz cumprir o dever  
Na guerra e na paz, à sombra da lei  
À brisa gentil o lábaro erguei do belo Brasil  
Eia SUS, Brasília!<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup>Adaptada da estrofe de abertura do Hino Nacional.

## **5.5 - São José dos Pinhais, uma recaída?**

Era 2008, havia corrido as eleições para prefeitos e vereadores em todo o país, menos aqui, onde os vereadores são deputados e o governador não é prefeito. Eleições encerradas no primeiro turno, pelo menos em São José dos Pinhais, onde não havia e ainda não há 200 mil eleitores. Ivan Rodriguez venceu as eleições com menos de 50% dos votos. Não por causa dessa vitória, mas para o bem da democracia e da coisa pública, seria muito bom que toda eleição sem resultado com maioria de 50% + um dos votos validos, tivesse segundo turno, sem restrição ao número de eleitores qualquer que seja.

Visitei o prefeito eleito para cumprimentar e propor que fizesse em São José uma verdadeira mudança na saúde, como havia prometido na sua campanha. Era o presidente da entidade que conduzia o Hospital São José e tivera atuação importante na melhoria da instituição e dos serviços, mas rompera com o prefeito Leopoldo que deixara de repassar recursos para a entidade. Assim foi que Ivan tomou a decisão de se candidatar e a situação se dividiu o filho do ex-prefeito candidato por um lado e o prefeito então de outro lado, restando para Ivan fazer o gol!

Ele havia indicado o colega Allan que assumiria a Saúde, com o qual conversamos no dia da posse sobre o que poderia fazer, nos identificamos muito e ficamos de conversar mais, o que não ocorreu apesar da boa vontade. Nossa intenção era que ali naquele município bem financiado com a condição de um polo automotivo nacional, aeroporto internacional, ao lado da capital, na Região Metropolitana de Curitiba, se estabelecesse o Sistema Único de Saúde de direito e de fato, a saúde pública com universalidade, integralidade e equidade, uma escola prática de formação profissional em saúde e política social.

Ainda em 2009, ao deixar a Coordenação de Pós-graduação e Extensão da Escola Superior de Ciências as Saúde, por não ter sido disponibilizado como servidor do Estado do Paraná, continuei consultor do CONASS, em Brasília, e viajava para fazer plantões no Instituto Médico Legal de Curitiba, todos concentrados em uma semana por mês, para clivar e examinar amostras ou mesmo corpos removidos para o serviço de verificação de óbitos, o SVO, quando tinha que decorticar, como diz Nathalie, para atestar a causa de morte natural.

Decortiquei, decortiquei até que Marcio Almeida me convidou para uma reunião com a equipe de saúde de São José dos Pinhais, quando fosse a Curitiba, sabendo da minha sugestão ao prefeito antes dele tomar posse. Em seguida, fui a uma reunião com o secretário que substituíra Allan e depois com a equipe quando falamos da estrutura organizacional e da proposta de

fundação estatal em gestão de saúde. Então, fui consultado sobre a disponibilidade em assumir a gestão da SMS de São José dos Pinhais. Sendo para fazer uma escola de prática para a saúde, com residência em medicina da família e comunidade, residência multiprofissional em saúde da família e outras, até graduações em saúde em parceria com as instituições de Curitiba e que já atuavam lá como a PUC e o Setor de Ciências da Saúde da Federal, por que não?

Eu poderia aceitar se tivesse o *nihil obstat* da Nathalie, minha companheira, e pudesse continuar atuando no IML, ficaria quites com minhas obrigações no estado, perto dos meus filhos e dos meus netos, Ligia e Rudá, que haviam nascido em 2007. Meu irmão Antônio, Neusa e seus filhos viviam em São José dos Pinhais, e também havia as origens maternas de meus filhos e uma certa nostalgia, talvez do frio, da colônia, do Paraná!

Fui então à Nova Zelândia encontrar meu filho Felipe, e voltei com alvará de Nathalie, para assumir em São José dos Pinhais, margem esquerda do rio Iguaçu, do canal extravasor que corre ao lado do principal, no dia 26 de novembro de 2009. Lá onde minha mãe adorava passar tardes inteiras no Parque Aquático, um clube de campo, que virou parque público e foi assumido pelo município na gestão de Ivan Rodriguez.

Era o ano das conferências e lá seria a vez da oitava conferência municipal de saúde. A ‘nossa oitava’, como a presidente do conselho municipal de saúde se referia ao evento, depois de nos ouvir repetidas vezes e se entusiasmando com o processo intenso, muito dinâmico e que até gerou alguma tensão logo no início do governo. Foi quando Miguel Gawloski, então secretário de governo, que havia sido secretário de saúde entre a demissão de Allan e a minha nomeação, passou a promover reuniões nos bairros com os demais colegas, inclusive eu. De nossa parte não haveria problemas, como não houve, e os colegas também apresentavam seus programas, íamos nos entendendo e colaborando, mas as agendas se espaçavam com as demandas concorrentes e o inverno se aproximando e lá o inverno pega ‘pra’ valer...

A 8ª Conferência de Saúde de São José dos Pinhais teve mais de 80 reuniões preparatórias com as comunidades e seis conferências regionais até que se desse a etapa final na qual se aprovou a nova estrutura da secretaria e o plano plurianual de saúde, o PPA da Saúde 2010-2013.

Logo que assumimos a gestão havia apenas uma jornada de atendimento regular em dias úteis, os servidores da saúde não podiam trabalhar fora de horários convencionais de expediente e se fossem convocados deveriam receber 100% de adicional sobre a carga horária extraordinária. Direitos dos trabalhadores, conquistados por mérito de suas lutas e talvez por interesse de

gestões anteriores em gratificar ao máximo seus colaboradores, sem pensar na sustentabilidade de tal política, talvez anterior à lei de responsabilidade fiscal.

Encaminhamos ao executivo e ele à Câmara Municipal, com apoio da Procuradoria Geral do Município, projetos de lei que aprovados permitiram flexibilização de jornadas no interesse das ações de atendimento à saúde da população, desde que os servidores se interessassem em jornadas diferenciadas, com direitos garantidos, podendo após seis meses da opção pela nova jornada, voltar à escala anterior.

Dessa forma, pudemos estabelecer, por exemplo, que agentes comunitários de saúde cumprissem sua jornada semanal em turnos diretos de 6 horas, seis dias por semana, de segunda a sábado, mas fazendo 12 horas em sábados alternados com o colega do outro turno, da tarde ou da manhã, conforme fosse o seu.

Assim, os trabalhadores tinham tempo para si e para sua família, 5 dias úteis por semana, de manhã ou de tarde, sábados alternados livres e ganhavam um abono semanal de 4 horas, 10% da jornada oficial de 40 horas. O abono era um crédito em horas para o servidor estudar algum assunto do seu interesse relacionado com sua função profissional na saúde e com o seu próprio desenvolvimento científico-cultural.

Sobre isso, um episódio recente, que se deu com meu irmão residente em São José dos Pinhais. Ele foi a uma unidade de saúde com requisição de coleta de sangue para exames pré-operatórios. A técnica que o atendia, tendo puncionado sem sucesso a prega do cotovelo de um braço, ia puncionar a outra, quando lhe perguntou se ele era meu parente, diante do mesmo sobrenome e ele confirmou: sim, somos irmãos! Ela insistiu em perguntar se era filho da mesma mãe e do mesmo pai e ele de novo, confirmou. Você não acredita porque ele é médico e eu sou torneiro mecânico?! Ainda rindo ele quis saber: ele foi um bom secretário? Mais ou menos, disse ela. Mas por quê? Por que ele nos obrigou a trabalhar sábado!

O grande problema de São José dos Pinhais foi a nova administração ter municipalizado um hospital comunitário, ainda que o mérito fosse compreensível, sem nenhuma preparação prévia, intempestivamente. Assim que assumiu, sob pressão do ministério público estadual e desejando cumprir o que prometera na campanha, que contribuiu em parte para sua eleição, o prefeito decretou a municipalização do Hospital São José.

Ivan Rodriguez, empresário reconhecido e de sucesso na área de tecnologia, colaborava voluntariamente como diretor da entidade beneficente mantenedora do hospital e havia prometido resolver de uma vez por todas, as dificuldades de uma unidade hospitalar prestadora

de serviços para o SUS, sem aporte de outras fontes, e que tampouco se encontrava em condições técnicas e administrativas de se habilitar ao apoio estratégico do estado e da união.

Isso só seria feito com muito trabalho durante pelo menos os quatro anos de seu governo. Era preciso abrir concurso público para contratação de servidores, que logo no início passaram a ser remunerados por RPA e depois por empresa contratada para provimento de mão de obra e cooperativas de profissionais médicos plantonistas e diaristas.

Diante dessa constatação, solicitei logo em março de 2010, que a administração central do município providenciasse todas as medidas para que se realizasse o concurso público de provimento de servidores estatutários, tomando cuidado de não deixar que os serviços fossem descontinuados.

As tratativas para realização do concurso foram muito alongadas por decisões de ordem jurídico-administrativas que se sobrepunham ao meu poder de secretário setorial, mas foi tanta a nossa insistência que o concurso aconteceu e ainda tardava a ser homologado. Essa tardança foi motivo de permanecer até abril de 2011 no cargo, considerando que não devia abandonar o posto apesar de todas as dificuldades, mas se o concurso estava só na dependência de homologação já poderia voltar para casa.

A sede da secretaria da saúde foi instalada em prédio disponibilizado pela administração municipal que tinha sido a sede de uma Fundação Educacional desativada, que desejávamos reabilitar para se constituir na instituição de ensino por metodologias ativas, práticas de atenção e gestão da saúde, um verdadeiro Sistema Saúde Escola, criado por lei municipal, motivo de meu aceite inicial, que lamento não ter alcançado condições para concluir. Deixaríamos instalada uma programação intensa de formação de residências em saúde com uma Comissão de Residência Médica na rede municipal de saúde, que recebeu a visita da coordenadora da Comissão Nacional de Residência Médica, professora Maria do Patrocínio, a qual teceu considerações de reconhecimento ao esforço da cidade em formar profissionais no âmbito de seus serviços, numa região metropolitana que se configura amostragem característica das situações de atuação em saúde no país. Foram instalados 7 programas de residência: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade.

As obras da unidade do Guatupe foram concluídas, havia também unidade de saúde construída por empresário/investidor para ser locada pela prefeitura mediante edital e condições

padronizadas de obras e instalações, que estava próximo de ser entregue, pelo menos uma, das tantas previstas no plano de saúde 2010-2013!

As obras das unidades de pronto atendimento tinham cronogramas atrasados, a de Afonso Pena ainda instalando canteiro de obras, e a de Borda do Campo, estava paralisada por inadimplência do empreiteiro, que abandonara sem concluir e sem jamais ter estabelecido o distrato correspondente. Não podíamos assumir a obra, dependendo da formalização do distrato a cargo da procuradoria geral do município.

Na Faxina, uma unidade básica com financiamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) restava aguardando tratativas da área de planejamento da prefeitura para que houvesse a retomada das obras após renegociação com a financiadora Caixa Econômica.

Para construção de um novo hospital em substituição ao prédio do Hospital do São José, fora desapropriado o terreno ao lado da Unidade Pré Hospitalar de apoio ao SAMU, afastado do centro, mas no eixo estruturante da Avenida Rui Barbosa que conecta ambas rodovias federais, BR 277, Ponta Grossa-Paranaguá e BR 377, Curitiba- Garuva /Joinville e o contorno metropolitano mais ao sul.

E assim eu pediria demissão, deixando encaminhada a realização da 9ª conferência municipal de saúde, que fora convocada ainda na plenária final da ‘nossa oitava’, como dizíamos. Essa nona conferência foi dificultada em aspectos político-administrativos, mas aconteceu e deliberou pela escolha de conselheiros representantes das regiões de saúde, bases das conferências regionais, compondo-se um conselho muito mais representativo, com mais 12 membros titulares, perfazendo 36 titulares ao todo e o dobro de suplentes, ou seja, 72 suplentes, dois para cada titular e 108 conselheiros ao todo, entre titulares e suplentes. Ironia foi ter que responder daqui, por carta precatória ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que essa não foi uma estratégia de dominar o conselho de saúde do município, pois o denunciante me acusava de ter feito tal proposta, porque os usuários não comparecendo às sessões, a administração aumentada dominaria o colegiado deliberativo!

Agenor Cheutchuk, coordenador da 9ª Conferência foi ainda acusado de dar sumiço em atas e documentos, suspeito de manobras que não aconteceram, tanto que foi considerado inocente de qualquer das acusações pela análise da corregedoria do Conselho Estadual de Saúde.

Escrevi para algumas pessoas que participaram de tudo e permanecem lá: O que você diria sobre a nossa atuação na SMS de SJP de 2009 a 2011? Algo que se destacou por ser adequado, algo que foi inadequado? O que você recomendaria fazer de novo ou suprimir ou rever? Mande

logo se puder, pois quero constar no Memorial. Memorial de doutorado na Fiocruz! E assim compartilho a resposta:

“A gestão da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais nos anos de 2009 a 2011 foi uma gestão inovadora e repleta de mudanças. Trabalhar nessa gestão foi um grande desafio. São José dos Pinhais, município da Região Metropolitana de Curitiba, com uma população de aproximadamente 264.210 habitantes, Censo 2010. Tínhamos uma organização da saúde caracterizada pela centralização da gestão e serviços especializados, bem como unidades de saúde da Atenção Primária com equipes não definidas, mistas ou algumas atuando parcialmente como estratégia da família. A prática do controle social era inexpressiva resumindo-se ao Conselho Municipal de Saúde.

A gestão 2009 iniciou-se com a proposta de conhecimento das áreas de abrangência das Unidades e Serviços de Saúde, bem como profissionais e população para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde. Foram realizadas diversas reuniões com profissionais, população e gestão, pré-conferências e a 8ª Conferência Municipal de Saúde, que aprovou o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

Com o Plano Municipal de Saúde aprovado foi realizada a descentralização da gestão e de alguns serviços como nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia em Regionais de Saúde, aproximando a secretaria de saúde de onde ela realmente acontece, nos territórios.

Fomos muito criticados pela nova forma de trabalho, no entanto conseguimos alguns progressos com relação à aceitação e aprovação do trabalho pela população. Foi um período de muito trabalho e aprendizado, especialmente aprendi a ouvir e sentir as necessidades de saúde no local onde as pessoas moram, convivem e trabalham.

Acredito que a necessidade de descentralização era urgente e emergente, no entanto, para alguns servidores foi feita de forma brusca e imediatista. Ao meu ver, se não fosse feita dessa forma, jamais seria feita.

Para a vigilância sanitária a regionalização da forma como foi realizada não foi uma boa estratégia pois os profissionais da equipe eram especialistas em áreas distintas e a distribuição destes profissionais ocasionou a necessidade destes de realizarem inspeções em áreas diferentes.

Por outro lado, senti falta de um departamento que implantasse, implementasse as diretrizes e padronizasse ações da atenção à saúde nas diversas áreas.

Tínhamos um colegiado de gestão que era muito atuante e eficiente onde as decisões eram tomadas de forma participativa e embasadas nas evidências e realidade do município”.

Outra resposta imediata à mesma mensagem foi como segue:

“A gestão da Secretária de Saúde neste período possibilitou a quebra de paradigmas e tabus profundamente enraizados, reviu conceitos e instrumentalizou os profissionais envolvidos com a gestão para antever os problemas e prever soluções.

Percebeu-se claramente um incentivo às ideias e participação das pessoas (usuários, servidores, sociedade, gestores) com o objetivo de expansão de uma visão mais contemporânea do SUS, onde cada um é uma peça fundamental que compõe o todo.

A maior dificuldade neste processo foi a dificuldade de aceitação das pessoas quanto às mudanças necessárias no seu processo de trabalho e a compreensão

da sua responsabilidade social. Acredito que tudo o que foi feito realmente foi necessário e não vejo outra forma de tê-lo feito. Um forte e saudoso abraço”.

Fui secretário por 533 dias, de 26 de novembro de 2009 a 13 de maio de 2011. Era 7 de abril de 2011, dia mundial da saúde, quando pedi demissão no mesmo dia em que concluímos e oficializamos os termos de compromisso com os diretores regionais da saúde. O prefeito solicitou que o aguardasse para definir uma alternativa, não desconsiderou alguns nomes que lhe sugeri, mas pediu prazo e combinamos que eu ficaria no cargo até 30 dias, não mais!

### **5.6 - Hospital Universitário de Brasília, uma encruzilhada**

Então, vim a Brasília preparar a minha volta ‘pra’ casa e o professor João Batista de Sousa, vice reitor da UnB, me chamou ‘pra’ conversar, sabendo pela Gilca Starling de meu retorno iminente para cá, decana na sua gestão da universidade, que vinha colaborando como consultora da área de saúde do trabalhador no município de São José dos Pinhais. João Batista convidou-me para assessor em política de saúde, o que ficou dependendo de que fosse liberado de São José para o Estado e então para a Universidade. No entanto, veio acontecer por aqueles dias a renúncia ou a demissão do professor Gustavo Romero e sua equipe da direção do Hospital Universitário de Brasília com a imediata designação do vice-reitor para responder pela direção geral. Momento em que o professor apaziguou a comunidade e logo passou a conversar com as equipes, as chefias do hospital e as diretorias das faculdades de saúde, de medicina e da Ceilândia. Consultou-me se podia aceitar mais aquela missão, recém vindo de uma gestão municipal. Voltara para estudar de novo e me disponibilizaria para outro desafio, dirigir o hospital universitário?! Nathalie, consultada me apoiou novamente!

Não podia me negar, mas só aceitaria se fosse cumprido o rito estabelecido para nomeações no ambiente acadêmico. E João Batista foi aos seus parceiros institucionais, professora Lilian, professor Paulo Cezar, professora Diana com a autorização do Reitor José Geraldo de Souza. Os diretores acederam em nos entrevistar e em seguida o professor Paulo Cezar proporia meu nome ao colegiado de praxe, que considerou a proposta e se posicionou favorável. Só então o professor José Geraldo fez a solicitação para que eu fosse cedido do Estado do Paraná para a Universidade de Brasília, para ocupar o cargo de Diretor Geral do HUB. O reitor pediria ainda que o prefeito de São José dos Pinhais me liberasse de volta ao meu vínculo estatutário do Instituto Médico Legal de Curitiba, Secretaria de Estado da Segurança Pública, pois não pudera ficar atuando com autoridade sanitária sem a cessão oficial do Estado.



Disponibilizado para a Universidade de Brasília, fui nomeado e tomei posse imediatamente, indicando o advogado José Luiz Gasparini para diretor administrativo do Hospital Universitário de Brasília, o qual havia sido diretor geral da secretaria de saúde na minha gestão em São José dos Pinhais, diretor geral de recursos humanos da Secretaria de Administração, Assessor da Secretaria de Segurança Pública e secretário de administração em Apiaí e Barra do Turvo em São Paulo. Antônio Carlos Rodrigues da Cunha, professor da UnB, assumiu a diretoria de atenção à saúde (Dasa) - substituído em 2012 pelo professor Hervaldo Sampaio Carvalho – e a professora Cátia Barbosa assumiu a diretoria de ensino e pesquisa (Daep).

Encontramos contas atrasadas, milhões em dívidas que comprometiam a continuidade do abastecimento, servidores públicos cedidos pela universidade e pelo ministério da saúde desde os remanescentes do hospital do servidor público federal do então Hospital Presidente Médici, que só veio a ser transferido oficialmente para a Universidade de Brasília pelo Ministro Alceni Ângelo Guerra.

Havia um tipo de remuneração por RPA, denominado na universidade como SICAP, que se tornara a relação de trabalho predominante na instituição, sem reconhecimento de obrigações trabalhistas por parte do empregador, uma vez que a relação laboral não era considerada emprego formal, nem mesmo pela justiça do trabalho, que não contava ter julgado favorável quaisquer ações movidas por afastados desse sistema precário, tampouco eram admitidas.

De minha parte havia esperança de contribuirmos com a gestão que me acolhera, demonstrando expectativa de que pudéssemos superar o contencioso que prejudicava usuários dos serviços de saúde e o ensino de graduação e pós-graduação, residências em saúde com predomínio dos programas clássicos de residência médica. Da parte dos trabalhadores técnicos especialistas e dos docentes também percebi alguma esperança, mas talvez houvesse um certo receio de um forasteiro, com trajetória de gestor municipal e estadual, embora todos soubessem de minha passagem por gestão de fomento em pesquisa na área de economia da saúde e de pós-graduação na escola superior de ciências da saúde. As expectativas se tornariam mais favoráveis na medida em que conseguíssemos resolver problemas, destravar o que impedia o funcionamento imediato, o cotidiano do estabelecimento.

Algumas medidas singelas e de efeito importante, que não se apagam da lembrança dos que encontro dois anos depois de nossa gestão, foram a campanha do Bom Dia, a abertura do portão de acesso próximo ao ponto de ônibus, a reorganização do fluxo de veículos com sentido progressivo, sem retorno ao portão de entrada, somente no horário noturno os veículos podiam

retornar para sair pelo portão que entravam. Acesso ao recinto da clínica de odontologia, que clamava com toda razão, a necessidade de acesso direto com todo o hospital, já que pertence ao ensino da mesma universidade e é instalada em terreno contíguo.

A campanha do 'Bom Dia' era para sugerir que as pessoas deviam se falar, pois me impressionara o comportamento generalizado de evitar contato com transeuntes, fossem usuários ou mesmo colegas de trabalho, com a direção inclusive, era evidente que havia uma certa atitude de não demonstrar o reconhecimento da nossa presença, a menos que tivessem um problema para resolver! E cumprimentar não custa nada, é o tipo do ato que se multiplica quanto mais se repete e é bom, faz bem 'pra' saúde. Em se tratando de um ambiente acadêmico então, é não só recomendável, significa educação!

O trânsito de dentro para fora do hospital era motivo de acidentes, frequentes e às vezes graves, pois ao sair pela mesma cancela de entrada havia um retorno logo em frente. E os condutores que desejavam retornar com destino Sul pela via L2, se insinuavam em cruzar a pista forçando o tráfego mesmo que intenso.

Digo sempre que administramos o HUB de fora para dentro, respeitando as suas entranhas, os seus compartimentos físicos e organizacionais. Em ano e meio de trabalho fomos felizes em contar com a compreensão dos gestores, desde o reitor e o vice-reitor, como os decanos e os chefes intermediários. E especialmente das diretoras das faculdades de Saúde e da Ceilândia e do diretor da Faculdade de Medicina.

No caso do acidente com a obra do Instituto da Criança e do Adolescente, o ICA, em que três trabalhadores foram soterrados nas valas abertas para construção do sistema de drenagem, foi evidente a solidariedade da instituição, mas a tragédia já se dera. Além de visitarmos o canteiro de obras amiúde, não tínhamos governabilidade sobre a contratada e seus prepostos, gerentes, mestre de obras e trabalhadores da construção, estavam fora de nossa administração. Quaisquer que tenham sido os motivos, sugeri na ocasião e reitero que as vítimas tenham seu sacrifício reconhecido, quando um dia aquele instituto seja inaugurado, podendo ser lembrados como os três candangos que se imolaram em ato de construir um estabelecimento de saúde.

Havia equipamentos por instalar que foram sendo colocados em condições de operação e serviço, embora nem sempre tivéssemos como prover acessórios e principalmente a mão de obra necessária. Foi o caso do equipamento de diagnóstico e procedimentos angiográficos.

Instalamos também o novo tomógrafo TOSHIBA e retiramos as instalações das diretorias do corpo principal da unidade hospitalar, após desocupação parcial e progressiva do prédio da

administração, que restava ocupada como alojamento em sua maior parte, onde ainda havia moradores participantes de programas de residência em saúde nas unidades do hospital. Adotamos a mesma prática da bolsa-auxílio moradia de acordo com recomendações das comissões correspondentes, como é a conduta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

O Pronto Socorro se encontrava fechado por abalo de estrutura física, só física? Creio que não, embora a medida fosse obrigatória, frente a um abalo de estrutura de proporções desconhecidas. No entanto, as proporções dos estragos foram dominadas e a unidade poderia ser reativada, se houvesse vontade de reativá-la. E houve, todos nos somamos nesse esforço e pusemos o CPA, Centro de Pronto Atendimento, 'pra' funcionar no prazo combinado. Agradeço penhorado pela determinação dos nossos dirigentes, hoje membros desta banca, José Geraldo e João Batista e a todos que se empenharam, a começar pelo Pedro Henrique e seus colegas do SOS HUB.

Para resolver uma situação tão grave como a que se configurou ao longo dos anos com o HUB desde sua cessão provisória à UnB, leva pelo menos o mesmo tempo de sua falta de atenção, cuidado e investimento. Era preciso dar sinal de vida e demos, em seguida começamos a negociar nossos débitos e haveres. Primeiro com os fornecedores e a secretaria de saúde e depois com os ministérios da educação e da saúde e também com o congresso nacional, com a bancada do Distrito Federal, 8 deputados e 3 senadores. E conversar com a comunidade universitária, em especial com o CONSUNI, com o colegiado das faculdades da área de saúde, a SF, a FM e a FCE. E assim fomos fazendo, desde as comissões com a participação democrática de todos os servidores, técnicos administrativos, docentes, pesquisadores, residentes e estudantes.

E no fim do ano de 2011, pudemos lograr bons aportes para compra de veículos e equipamentos e conseguimos dinheiro para pagar contas atrasadas, com o 'raspa tacho' do orçamento federal, mas era preciso estar atento e forte. Estávamos mais atentos do que fortes, mas fiéis ao mister fomos reconhecidos e bem atendidos.

Disso tudo resultaria o Plano Operativo Anual 2012-2013, que nos iluminou o caminho com argumentos consistentes e com a participação de todos os interessados.



Em 2012, ainda tivemos o privilégio de rememorar a história do HUB, comemorando seus 40 anos, contados desde 1972, quando passou a ser a unidade docente-assistencial da área de saúde na Universidade de Brasília.

Durante as tratativas do ano de 2012, conseguimos firmar acordos com o Programa de Reforço aos Hospitais Universitários e contratar obras para reforma do CPA, da UTI, do Ambulatório de Ginecologia e da cozinha entre outras, resultando no aporte de 18 milhões de reais, cujas obras avançaram os exercícios de 2013, 2014 e até 2015.

Por derradeiro, o mais importante de tudo que fizéramos até então, foi nos preparar para a negociação do contrato com a recém-criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH. Formulada a proposta ao CONSUNI pela administração superior, o decano de professor Eduardo Raupp, pós-graduado em administração, com tese desenvolvida exatamente sobre gestão hospitalar, teve a felicidade de encaminhar o documento sobre o qual pudemos aduzir o depoimento de quem vinha se ocupando de gestão em saúde e do caso HUB. Aprovação do CONSUNI apenas condicionava, aliás, com toda propriedade, que a comunidade acadêmica, em especial os estudantes, docentes, trabalhadores e dirigentes das unidades de ensino na área de saúde, se constituíssem em um coletivo de acompanhamento das sucessivas medidas para a consecução do contrato e de sua implementação. O boi na corda podia ser liberado!

Em 17 de janeiro de 2013, tive oportunidade de presenciar a assinatura do contrato da Universidade de Brasília com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, para administração do Hospital Universitário de Brasília, o HUB, mais uma encruzilhada na minha trajetória entre o ensino, o serviço e a comunidade.

### **O boi na corda?**

Direção geral assumida, equipe nomeada.  
João Batista vem nos visitar e saímos a caminhar pelo HUB.  
Aí ele sorrindo se permitiu usar uma expressão regional:  
Doutor Armando Bardou Raggio, como ele me chama em tom solene,  
O senhor é o boi na corda, o senhor sabe o que é isso?!  
Pensei que fosse o mesmo que boi na soga.  
E expliquei-lhe o que é um boi na soga.  
Nada disso! É o boi de carro.  
O boi mais acostumado com  
Descer o carro morro abaixo.  
A gente amarra ele atrás da carga.  
Ele vem de arrasto, ficando as unhas no chão.  
E segura o carro 'pra' não desembestar ladeira abaixo!  
Passaram-se 4 anos e lhe devolvi amistosamente o epíteto:  
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal  
Quem poderia assumir naquelas circunstâncias a Saúde?  
Convidado em 28 de dezembro para assumir em 1º de janeiro  
João Batista de Sousa, família de carreiros de Minas Gerais.  
João, agora você é o boi na corda, disse-lhe então.  
E foi, honrou o desiderato!

### **5.7 - Sorocaba, outra recaída?!**

Era meados de 2012... Eleições para prefeitos e vereadores em todo o país... Gustavo Fruet seria candidato em Curitiba e me interessei em apoiá-lo, tendo inclusive feito contato e uma reunião com ele mesmo e seu articulador, Ricardo McDonald Ghisi. Depois vieram os convites para reuniões do grupo de saúde com Haroldo Rodriguez Ferreira, Isabel Coelho e outros. Tentei ir à primeira e fui detido em Viracopos por um temporal, coisa da providência? Depois não mais compareci. Seria consultado após o 2º turno pelo indicado a secretário, apenas sobre alguma sugestão para a saúde... E lhe fiz algumas!

Em Sorocaba aparecia o nome de Antônio Carlos Pannunzio como candidato a prefeito, com apenas um dígito em intenção de voto, mas que já fora prefeito de 1989 a 1992, deputado federal por quatro legislaturas e representante da região que inclui Itapetininga. Era o então presidente do Memorial da América Latina no governo do Estado de São Paulo. Geraldo Alckmin governador pela terceira e agora já está na quarta vez. Conhecia Pannunzio da casa do meu primo Ricardo Barbará, prefeito por dois mandatos de Itapetininga, minha terra natal, quando foi da base de apoio do deputado federal Pannunzio.

A gestão do Reitor José Geraldo de Souza na UnB estava terminando e eu era diretor geral do HUB, quando aderi à campanha de Pannunzio em Sorocaba, depois que ele aceitou minha

presença voluntária entre seus colaboradores. Ele seria a melhor opção, mas de eleição difícil, pois não era a escolha do sistema, como dizia meu primo.

Embora convidado pelo novo reitor a permanecer no HUB, ainda que eleito em oposição e mesmo eu tendo feito parte do grupo de apoio dos candidatos da situação, João Batista e Wellington Almeida, e tendo participado da preparação da universidade para contratação da novel Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, para gestão do Hospital Universitário ainda não assinada, mas certo de sua realização, que ocorreu em 17 de janeiro de 2013, eu fui cantar na freguesia de Sorocaba, um gesto de filho pródigo, de volta às origens... Levar alguma experiência adquirida para a cidade polo da minha querência, de onde eu havia me afastado havia mais de 40 anos!

E assim foi. Conversei com o Reitor José Geraldo, o vice-reitor João Batista, o professor Paulo Cezar, fui ao colegiado e tive a surpresa do convite para ser e logo aprovado professor voluntário da Faculdade de Medicina da UnB, almocei com o reitor eleito, professor Ivan Camargo e o professor Jaime Santana e também estive com o presidente da EBSEH, professor José Rubens, agradei aos que concluíam ou permaneciam, valorizei os convites, mas optara pela oportunidade de voltar às origens e contribuir com a organização da saúde na cidade polo da região sudoeste de São Paulo.

Só após liberado pude concordar com o prefeito eleito em dar publicidade à minha indicação para o seu secretariado. Antes de qualquer notícia oficial, já havia manifestação em contrário a que eu fosse secretário de saúde da cidade. Um médico de fora, desnecessário buscar fora se os temos aqui, tantos e tão qualificados, inclusive a Doutora Edith, médica pediatra e professora de saúde pública, eleita nossa vice-prefeita...

Primeiro de janeiro de 2013, posse do prefeito Pannunzio na Câmara Municipal de Sorocaba. Presentes todos os vereadores eleitos, sob a presidência do mais votado, Hélio Godoy. Prefeito empossado, discurso de estadista, encaminhados para o Teatro Municipal Teotônio Vilela, fomos nomeados oficialmente secretários da nova administração municipal. João Leandro da Costa Filho, Rubens Hungria de Lara, José Simões Junior, Roberto Juliano, Rodrigo Maldonado, Aurílio Sérgio Caiado, Anésio Aparecido de Lima, José Carlos Comitê, Dulcina e outros cargos de primeiro escalão.

Convidei para compor equipe de gestão a profissionais de reconhecida dedicação e liderança para exercerem, sem outra remuneração além dos respectivos salários, funções oficiosas tendo em vista construirmos a nova estrutura na dependência do seu encaminhamento pelo executivo

para apreciação do legislativo e a possível aprovação pela Câmara Municipal, o que tardou devido a exigências de racionalização e negociações até outubro 2013.

Tive o apoio do cirurgião dentista José Jarbas Grechi Pismel, que se tornaria o Coordenador Geral de Saúde na nova estrutura, desde o início das tratativas para assumir o cargo de secretário e contei com a colaboração de todos os membros da equipe de campanha.

Vagner Guerrero Rinaldi, ex-secretário com experiência em gestão da urgência e emergência aceitou continuar colaborando com a administração nessa área e depois passou a responder com coordenador médico da secretaria preenchendo exigências deontológicas do Conselho Regional de Medicina. Ao criarmos a Câmara Técnica de Regulação iniciou como um dos membros e passou logo a coordenador por unanimidade dos seus pares.

O crescente número de casos de dengue nos levaria a propor a decretação pelo Prefeito do Estado de Emergência, seguido da elaboração do Plano de Contingência para enfrentamento da possível epidemia, como de fato ocorreria em várias cidades paulistas no ano 2013 e depois em 2014, tendo nossa iniciativa engajado todas as secretarias municipais e até mesmo as instâncias regionais de saúde, não sem alguma crítica por parecer precipitado. Mesmo assim Sorocaba teria pouco mais de 1700 casos e um caso fatal com óbito de um menino de 12 anos. Casos esporádicos que se verificaram ao longo do biênio atingindo quase todos os bairros, vilas e jardins. Era 2008 quando escrevi a respeito da ameaça da dengue como produto da sinergia entre a entropia da natureza e a nossa capacidade antrópica de reproduzir o mal-estar:

### **Morrer de doença evitável, só porque moramos num país tropical?!**

Aliás, esta doença se espraia por todo o continente americano tropical e subtropical e já ameaça as regiões temperadas como produto da mais eficaz sinergia entre sua entropia natural e a ação humana que potencializa a dispersão do vetor e a contaminação das pessoas concentradas nas periferias das cidades. É a expressão inequívoca da capacidade de gerar e reproduzir a doença e o mal-estar da nossa civilização periférica, pós-moderna antes de ser moderna.

Há, todavia, uma diferença importante com a dengue. Suas vítimas são simultâneas, geralmente sadias até poucas horas antes da morte e embora pessoalmente nada digam, adquirem a eloquência do silêncio com seu sacrifício coletivo. Recursos escassos emergem dos cofres públicos, as autoridades se exprimem como podem e como não podem, confirmando a alienação e o desdém pela sua função de zelar pelo bem público, ou por acaso, haverá outro bem público mais importante que a vida? A disseminação da dengue era uma desgraça anunciada desde que o mosquito retornou a infestar o nosso país na década de 80 do século passado. Desde então não faltaram advertências e ainda recentemente ouvimos o ministro Temporão, grave e enfático, o perigo de nova epidemia, agora em sua variante hemorrágica. A migração do campo para a cidade, ao contrário de promover a proteção da população, veio concentrar as vítimas e potencializar a transmissão da doença,

pois trouxe junto o vetor domesticado, cada vez mais competente em se reproduzir em torno dos domicílios e nos terrenos insalubres modificados para pior com o destino inadequado de resíduos sólidos, habitat privilegiado para o mosquito também modificado e absolutamente adaptado. É verdade que nascemos entre fezes e urinas, naturalmente, mas não é justo viver na insalubridade engendrada pela faina de progresso e de acumulação de riqueza que nos submete a todos. Não é possível, todavia, que uma só política setorial, por mais compreensiva e competente que se a reconheça, venha dar conta do risco crescente produzido pelo nosso “não modelo de desenvolvimento” material e político. Não estamos condenados a viver a incúria, desde que a democracia não nos condenou a servir aos mesmos senhores, à cumplicidade com o mal e à ignorância eternamente. Devemos morrer aqui sim, mas de morte natural desfrutando a vida com qualidade e quantidade, cada vez mais!

### **5.7.1 Regionalização, habilitação para coordenadores e descentralização de especialidades**

Reconhecendo a história de organização da atenção básica em Sorocaba, os seis colegiados informais, coletivos de coordenadores organizados por território, os tomamos por base para promover a gestão descentralizada. Agrupados dois a dois os colegiados resultariam nas regionais de saúde Norte (colegiado norte + colegiado centro-norte), Leste (colegiado centro-sul + colegiado leste) e Oeste (colegiado noroeste + colegiado sudoeste).

Inicialmente, antes de ser aprovada a nova estrutura, convidamos Maria José M. Nogami, Samuel Leite Figueiredo, Elaine Aparecida Desgualdo Osorio. Para as diretorias tive a honra de contar com Deise Piccini Lopes, Contratos, Avaliação e Controle, Daniela Valentim, Vigilância à Saúde, Magda Aparecida Arantes de Oliveira, Atenção à Saúde, Gleidjane Maciel Della Cruz, Educação em Saúde, Lineu Maldonado Martins, Administração em Saúde e Wanderlene Aparecida Mariano Lopes, Divisão de Gestão de Pessoas.

E após a reforma autorizada, tendo-se conseguido criar 6 cargos de coordenador regional confirmamos Luiz Antônio Corsi para a região Noroeste, Elaine Aparecida Desgualdo Osorio para a Sudoeste, Maria José M. Nogami, para a Centro-Sul, substituída por Martha Christina de M. Figueiredo, Gleidson Weider Andrade, para a Leste substituído por Denise Piccini Lopes, Fabio da Cruz Venning para a Norte e Fernanda Boecio R. Barduco para a Centro-Norte.

Antes mesmo da reforma administrativa ser encaminhada, superando a indicação, a eleição para coordenadores ou a escolha aleatória, mas valorizando o interesse declarado inclusive dos então ocupantes dos cargos, promovemos a **habilitação de servidores para coordenação de unidades de saúde** por meio de inscrição aberta a servidores estáveis, após cumprir estágio probatório, de carreiras com graduação universitária, currículo padrão, prova escrita sobre bibliografia indicada e entrevista estruturada.



Nomeada comissão composta pelos três convidados para coordenadores regionais e mais três representantes de categorias atuantes na atenção básica, enfermagem, medicina e odontologia, a qual formulou a proposta de habilitação:

Visando valorizar a vivência/experiência, os conhecimentos técnicos, a habilidade de gestão e o comprometimento, mediante análise curricular, prova escrita e entrevista, atribuindo-se peso a cada fase. Currículo: 2 pontos - cursos de gestão 1,0; cursos da área profissional 0,5; experiência em gestão 0,5. Prova: 4 pontos - perguntas 1,0; redação 3,0. Entrevista: 4 pontos. Como bibliografia para a prova, foi sugerida a Coleção do CONASS, "Para entender a gestão do SUS, 2011", Volumes 1 e 3. Do Volume 1, Sistema Único de Saúde, excluindo os capítulos 4 e 8; e do Volume 3, Atenção primária e promoção da saúde, apenas os capítulos 2, 3, 5 e 7. Escolhida a metodologia, o processo foi iniciado com a remessa de circular, via e-mail, para todas as unidades de saúde, aos cuidados do coordenador de então, sendo solicitada ciência de todos os profissionais. Houve 120 inscrições, mas 13 não enviaram currículo, 11 desistiram, 4 eram de carreira de nível médio, embora graduados e outros 4 ainda não haviam cumprido estágio probatório. Todos os currículos recebidos foram avaliados, pontuados e os servidores convocados através de seus e-mails particulares, para a 2ª fase do processo, cuja prova foi realizada nas dependências da Escola de Gestão Pública, constando de uma redação e quatro perguntas objetivas, das quais o candidato deveria escolher apenas uma para responder. Somente uma pessoa não compareceu e justificou ausência por óbito na família, obtendo nova agenda. As provas foram avaliadas por todos os membros da comissão, levando-se em conta a bibliografia, o desenvolvimento do tema, as propostas sugeridas e o alinhamento com as diretrizes do SUS e do atual projeto de saúde da secretaria. Finalmente as entrevistas se deram nas dependências da mesma escola, formadas duplas com membros da comissão para entrevistarem todos os candidatos individualmente, seguindo-se um roteiro pré-estabelecido. Quatro candidatos que estavam em férias e fora da cidade foram reagendados. Todas as entrevistas foram pontuadas conforme as características: comprometimento, habilidades, corresponsabilidade, pró-atividade, alinhamento com as diretrizes do SUS e disponibilidade de horário. Os habilitados eram convidados a assumir unidades básicas pelos coordenadores regionais de acordo com as necessidades da gestão e as características analisadas, podendo ser para a unidade onde era coordenador ou era lotado como servidor ou ainda outra unidade, com direito de não aceitar o convite e assim aguardar outra oportunidade. Esgotada a lista os novos recrutados o foram com a condição de se inscrever no próximo edital para nova habilitação.

Os participantes que cumpriram todas as fases não foram reprovados e a todos eles se ofereceu um curso para gestores, ministrado por colega clínico e sanitarista, professor de saúde coletiva da Faculdade de Medicina e Saúde da PUC-São Paulo/Sorocaba, José Manoel Amadio Guerrero:

Objetivos do curso: Desenvolver competências focando a gestão do sistema de saúde nos vários níveis de atenção. Refletir sobre o papel da Secretaria da Saúde inserida no SUS e no contexto institucional da prefeitura, o papel das unidades de saúde e do gerente, o processo de saúde e doença e os modelos de atenção à saúde. Dar ferramentas para gestão com foco no diagnóstico das

condições de saúde da população, sobre o uso de indicadores, ferramentas para o planejamento e monitoramento das ações, para gestão de pessoas, administração do tempo, reuniões de equipe, negociação e governabilidade. Discutir e aplicar os conceitos de qualidade e de humanização do atendimento. Metodologia: Sustentação teórica intercalada com problematização e reflexão sobre as práticas da gestão dos serviços. Foram aproveitadas situações/problemas trazidas pelos alunos e discutidas formas de enfrentamento, possibilidades, limites e busca de novas abordagens sobre as circunstâncias apresentadas. Como exemplos podemos citar: mudanças nos processos de trabalho na contratualização das regionais; falhas graves na comunicação entre serviços e em reuniões; enfrentamento dos problemas comportamentais, principalmente da falta de envolvimento do profissional médico. Temas abordados: Sistemas de saúde. SUS. Modelos da atenção à saúde, princípios do SUS na prática e Rede de Atenção à Saúde. Processo Saúde e Doença. Ferramentas para gestão. Negociação, gestão de conflitos, liderança e motivação. Planejamento em saúde. Comunicação. Reunião de equipe.

De quase três mil médicos atuantes em Sorocaba, havia em torno de 600 médicos contratados pelo município, a maioria com uma ou duas décadas de tempo de serviço, com pouca ou nenhuma adesão de novos profissionais ao quadro de saúde da prefeitura. Por essa razão o chefe do executivo enviou mensagem à Câmara Municipal, que aprovou a melhoria da remuneração de médicos e dentistas para R\$55,00 a hora ordinária trabalhada, chegando a R\$110,00 em sábados, domingos e feriados. Em paralelo corria edital de concurso para 189 médicos com mais de 250 inscritos, 189 comparecimentos e mais de 150 aprovados, dos quais apenas 90 assumiram até outubro de 2014, pouco ou nada alterando o contingente de horas clínicas disponíveis mesmo com adoção de horas suplementares, horas estas iguais a horas ordinárias até o total de 40 horas, só então considerando as horas seguintes como extraordinárias até o limite de mais 44 horas.

Ainda no mês do aniversário de Sorocaba a Unidade Pré Hospitalar da Zona Leste foi posta em funcionamento em 28 de agosto de 2013, reclamada havia anos pela população e assumida pelo candidato eleito como compromisso de gestão. Uma unidade inteiramente contratada, desde o edifício, próprio do BOS, os equipamentos, os trabalhadores administrativos, técnicos e auxiliares, clínicos inclusive, mediante o princípio da contratualização com valores pré e pós-fixados de modo a contemplar a quantidade e a qualidade do atendimento à população da Zona Leste preferencialmente, mas sem restrição ao acesso de qualquer usuário, das outras regiões da cidade ou até mesmo de outros municípios de origem. Recebi meu primeiro voto de repúdio como gestor de saúde, por unanimidade ou quase dos conselheiros municipais de saúde ao não ter levado o projeto à discussão em plenário, o que me obrigou a fazê-lo em seguida, com o contrato já vigente. Não esperava que a câmara fosse tão célere em tramitar e votar a proposta

do executivo. Entendo que não há impedimento que o executivo envie projetos de lei ao parlamento independente de aprovação de qualquer conselho setorial. Todavia, considero de bom alvitre levar ao conselho todos os assuntos, mesmo sabendo que temos direito e obrigação de decidir como executivo, sob pena de improbidade administrativa.

A instalação oficial da nova estrutura organizacional e administrativa, das regionais de saúde e da Central Municipal de Regulação com descentralização de especialidades veio se dar de outubro de 2013 em diante, com Ligia Gomes Zanella na sua coordenação, depois Áurea Íscaro Andrade.

Então comporíamos a Câmara Técnica de Apoio à Regulação, para atuar em caráter consultivo junto ao secretário, apoiar e orientar a operação da Central Municipal de Regulação em Saúde, sob liderança do coordenador médico da rede municipal de saúde.

Um novo almoxarifado foi instalado em pavilhão contratado com destino do imóvel próprio do município para direção da divisão de transportes com garagem da frota da saúde e conforto para os motoristas de plantão. Dispondo da nova locação para armazenamento também suficiente para guarda de produtos imunobiológicos, fizemos a mudança da Diretoria de Vigilância em Saúde para o antigo seminário diocesano locado pela administração municipal junto à Cúria de Sorocaba.

O município decretou em outubro de 2013 a desapropriação do terreno onde funcionou a garagem da empresa Transporte Coletivo de Sorocaba, TCS, para instalação do novo hospital geral conforme compromisso assumido pelo candidato. A audiência pública sobre o edital referente à iniciativa do município em contratar parceria público privada, uma PPP, deu-se em julho de 2014.

Determinado desde o início da gestão em ampliar a atuação em atenção primária à saúde, mediante compromisso com a extensão de cobertura das equipes de saúde da família e comunidade o governo municipal promoveria a seleção, chamada e contratação de mais 180 agentes comunitários de saúde, culminando com a adesão ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde.

Sob olhar de um inquérito promovido pelo ministério público estadual, a secretaria de administração em parceria com a secretaria de negócios jurídicos promoveu o cancelamento do decreto em que a administração anterior havia instituído a “hora cirúrgica” praticada por médicos servidores municipais em hospitais mantidos por instituições beneficentes e prestadores de serviços ao SUS, horas da jornada ordinária regular, horas suplementares e inclusive horas extraordinárias mediante tabela de conversão dos atos cirúrgicos ou

procedimentos declarados, diagnósticos e/ou terapêuticos em horas trabalhadas por ilegal ou inconstitucional. Este ato foi motivo de reclamação e demissão voluntária de vários profissionais especialistas em cirurgias e procedimentos hospitalares. Muitos deles viriam depois colaborar com a estratégia de contratualização das unidades hospitalares prestadoras de serviços ao município.

Este episódio acarretaria o pedido de aposentadoria do colega Oslan Teobaldo Ferreira, que fora coordenador da Policlínica quando da adoção da “hora cirúrgica”, mas então já havíamos nomeado o colega Adilson Esquerdo para a posição, tenho o mesmo cooperado com a revisão do *modus operandi* daquela unidade, promovendo-se a lotação de especialistas em unidades básicas estratégicas com vista à constituição dos centros de atenção integrada à saúde, os CAISs.

A Policlínica Municipal é instalada no prédio do Hospital São Severino, desapropriado na gestão do prefeito Paulo Mendes, unidade pioneira de atendimento aos funcionários das indústrias de tecelagem onde se iniciou o primeiro curso de medicina do interior do país em 1950. Há placa comemorativa da visita feita por Alexander Fleming ao hospital São Severino em 1954, por ocasião de sua participação em evento médico científico em São Paulo.<sup>29</sup>

A 7ª Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo chefe do executivo municipal, foi realizada em três momentos, sendo o primeiro de 31 conferências locais simultâneas, com quase 2 mil participantes, o segundo de 3 conferências regionais também simultâneas e a etapa final com seiscentos delegados, quase o dobro de delegados que em conferências municipais de saúde anteriores sob a coordenação geral de Eduardo Henrique Abe Naloto e José Manoel Amadio Guerrero como seu relator geral.

A devolutiva sobre as 543 deliberações da 7ª Conferência Municipal de Saúde veio a ocorrer em 7 de junho de 2014, no prazo de 180 dias dado pela plenária final da conferência em 1º de dezembro de 2013.

Em fins de 2013 promovemos a contratualização das unidades prestadoras de serviços mantidas por instituições beneficentes para prestação de serviços assistenciais hospitalares e de exames e procedimentos em especialidades diversas: Hospital Evangélico, Hospital Santa Lucinda, Santa Casa de Sorocaba e Hospital do Grupo de Estudos e Prevenção e Atenção ao Câncer Infantil/GEPACI.

---

<sup>29</sup>Foto do visitante com a equipe anfitriã, Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/17020/pdf>

Encerrando 2013 realizamos os encontros do secretário, diretores e coordenadores com servidores da saúde por grupos de categorias de modo a oportunizar o diálogo entre dirigentes e servidores por questionamento direto.

Internamente buscávamos a racionalização da atribuição de horas suplementares e extraordinárias na rede municipal de saúde tendo em vista a contenção das despesas salariais dentro das disponibilidades orçamentárias e financeiras do exercício de 2014, assim como avançar nas tratativas para a contratualização das regionais de saúde e suas unidades básicas.

Abriríamos 2014 com o decreto de requisição/confisco do Hospital e Pronto Socorro Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, por inadimplência da prestadora com os compromissos assumidos junto à secretaria da saúde pela contratualização firmada nas mesmas bases que as demais instituições. O médico Francisco Antônio Fernandes, hoje secretário municipal de saúde em substituição a Vagner Guerrero Rinaldi, era diretor clínico do Hospital Evangélico de Sorocaba, tendo experiência em gestão de planos de saúde, aceitou a tarefa de coordenador da equipe de gestão do hospital e do pronto socorro requisitados por decreto do prefeito.

Deixamos a gestão sem a resposta quanto ao pedido de parecer à secretaria de negócios jurídicos sobre a possibilidade de contratação de serviços para operação da UPA do EDEN assim que a obra foi concluída e quanto ao processo de contratação de serviços de uma nova UPH da zona norte nos moldes da contratação feita para a UPH da Zona Leste.

Promovemos de forma pioneira no município as consultas públicas sobre o protocolo de encaminhamento de pedidos de consultas, exames e procedimentos à central de regulação municipal e sobre a revisão da relação municipal de medicamentos básicos proposta pela divisão de apoio diagnóstico e tratamento da diretoria de saúde e comissão municipal de incorporação de tecnologia, COMUNITEC.

### **5.7.2 Sistema saúde escola e residências em saúde**

Orientados pelo Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde instituímos por lei municipal o Sistema Saúde Escola de Sorocaba. Adotamos assim os princípios da descentralização da gestão, integralidade da atenção à saúde e o desenvolvimento de trabalhadores em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de metodologias ativas, integração ensino-serviço comunidade, assistência, pesquisa e extensão com participação e controle social.

A partir dessa lei, cada estabelecimento da rede municipal de saúde se constitui como um cenário para ensino-aprendizagem, proporcionando as práticas de educação permanente e participativa, além de dar condições ao município para que desenvolva atividades nas áreas de pós-graduação "latu sensu", extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica e residência multiprofissional em saúde, sob responsabilidade da secretaria da saúde, obedecendo aos dispositivos legais federais, estaduais e municipais que regem cada um dos tipos de atividades. Desse modo pode-se promover:

- Implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Saúde Mental e Urgência e Emergência, em parcerias com Instituições de Ensino, contemplando 9 áreas da saúde com a disponibilização de 123 vagas anuais; e dos programas de Residência Médica em Psiquiatria e em Medicina de Família e Comunidade, com 16 vagas anuais, colocando em destaque o município de Sorocaba.

- Fortalecimento da Integração Ensino-Serviço e articulação de movimentos formativos em parcerias com Instituições de Ensino, especialmente a UNASUS, inaugurando uma forma de elaboração de planos de cursos através da implantação de colegiados de gestão entre municípios e universidades.

- Início dos programas de residência em saúde com 112 bolsistas de 139 bolsas autorizadas: multiprofissional em saúde da família e comunidade, em saúde mental, em urgência e emergência e residência médica em psiquiatria e em medicina de família e comunidade. Parceria com a PUC-São Paulo e a Universidade de Sorocaba, UNISO.

### **5.7.3 Saúde mental e desinstitucionalização de moradores dos hospitais psiquiátricos**

Assumíramos a gestão do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz logo a partir de janeiro de 2013, por determinação judicial, confirmando diretores nomeados na gestão anterior em cargos criados especialmente para esse fim.

O Termo de Ajustamento de Conduta de Sorocaba e Região, TAC Sorocaba e Região, comprometera a administração municipal com a “desinstitucionalização” de moradores dos hospitais psiquiátricos e instalação plena da Rede de Atenção Psico Social, RAPS, integrada à Atenção Básica em Saúde. À nova gestão municipal não cabia discutir, mas cumprir efetivamente o termo de ajustamento, para o que propusemos ainda em 2013 a criação da Coordenadoria de Saúde Mental, aprovada em 15 de janeiro de 2014. Assim faríamos:

- O primeiro CAPS III AD próprio do município, em cumprimento a compromisso do governo anterior com o ministério da saúde, foi inaugurado em 11 de outubro de 2013<sup>30</sup>.

- A primeira residência terapêutica para egressos do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz teve a entrega das chaves em cerimônia pública para os seus 10 primeiros moradores. Uma casa da municipalidade cedida pelo secretário de educação José Simões Júnior, sita à rua Buenos Aires,33 na Parada do Alto, em 23 de outubro de 2013!<sup>31</sup>

- O contrato de gestão com a organização social Instituto Moriah habilitada junto à Secretaria de Negócios Jurídicos para administração do Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz, conforme a nova função da unidade sob administração municipal em cumprimento do Termo de Ajustamento de Conduta TAC Sorocaba e região. Contrato esse firmado pelo secretário de governo que respondia pela secretaria de saúde na ausência autorizada do titular pelo chefe do executivo em 20 de dezembro de 2013.

Sorocaba inscreveu-se para financiamento federal de 2 CAPS ADIII e uma Unidade de Acolhimento de Adultos, contemplada com 2,5 milhões de reais com a primeira parcela repassada ainda em dezembro de 2013.

Em janeiro de 2014<sup>32</sup> foi a entrega da unidade de acolhimento infanto-juvenil para atenção às pessoas usuárias de drogas com problemas decorrentes. Também promovemos a reorganização da atenção a urgência e emergência com inclusão de psiquiatras na regulação de urgências demandantes de atenção pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência, o SAMU em janeiro de 2014.

A preparação do Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz para receber moradores e moradoras ainda permanentes nos hospitais psiquiátricos Jardim das Acácias, Mental de Medicina Especializada e Teixeira Lima se verificou logo em seguida ao contrato do Instituto Moriah, possibilitando a mudança de 102 moradores remanescentes no Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias para o Polo de Desinstitucionalização, em 27 de fevereiro de 2014.

E a seguir se daria o encerramento do contrato do Caps e do Ambulatório e do Saps do Hospital Mental de Medicina Especializada com suporte da rede de atenção básica e de todos os colaboradores da saúde mental em fevereiro e abril de 2014.

---

<sup>30</sup>Disponível em: <http://www.cruzeirosul.inf.br/materia/508127/caps-24-horas-e-inaugurado-hoje>

<sup>31</sup>Disponível em: [http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias\\_prsp/24-10-13-2013-evento-em-sorocaba-entrega-chave-de-residencia-terapeutica-a-10-antigos-usuarios-do-hospital-vera-cruz](http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/24-10-13-2013-evento-em-sorocaba-entrega-chave-de-residencia-terapeutica-a-10-antigos-usuarios-do-hospital-vera-cruz)

<sup>32</sup>Disponível em: <http://www.cruzeirosul.inf.br/materia/525215/unidade-e-inaugurada-com-tres-anos-de-atraso>

Em 24 de maio de 2014<sup>33</sup> se deu a inauguração do novo CAPS III “Arte do Encontro” com a presença do Ministro da Saúde, unidade que veio contribuir decisivamente com o suporte aos pacientes antes atendidos pelas unidades antes contratadas junto ao Hospital Mental<sup>34</sup>, do qual se deu a transferência de 218 moradoras mediante liminar, para o Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz em 23 de julho de 2014.

Sorocaba seria selecionada pelo ministério da saúde para receber trabalhadores de 05 municípios do país no projeto percursos formativos em desinstitucionalização como rede preceptora e também selecionada pelo ministério da saúde para capacitação de trabalhadores no projeto Percursos Formativos em Cuidados em Álcool e Outras Drogas no município – como rede em formação - de Santo André – SP.

Em 05 de agosto de 2014 promovemos a abertura da enfermaria de psiquiatria na Santa Casa de Sorocaba<sup>35</sup> sob requisição/confisco da administração municipal.

Por fim viria a interdição cautelar do Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima<sup>36</sup> com apostilamento para conclusão do contrato em 28 de outubro e sua prorrogação até o fechamento das atividades em 31 de dezembro de 2014.

Então encaminhamos junto à secretaria de negócios jurídicos o pedido de autorização pelo legislativo para contratação de 10 serviços residenciais terapêuticos tendo em vista destinação de moradoras e moradores do Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz e do Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima.

Nós da secretaria de saúde, tanto eu como o coordenador geral de saúde e a coordenação de saúde mental, buscávamos encontrar meios de superar desentendimentos entre a área administrativa da organização social contratada, Instituto Moriah, e o corpo técnico recrutado pela nossa administração temporária. A OS, que jamais havia administrado um estabelecimento como aquele, que não devia continuar sendo um hospital do tipo manicomial, mas um Polo de Desinstitucionalização, estava em conflito com o corpo técnico experiente, que já havia

---

<sup>33</sup>Disponível em: <http://www.cruzeirosul.inf.br/materia/548763/ministro-da-saude-inaugura-caps-iii-na-vila-progresso>

<sup>34</sup>Disponível em: <http://www.jornalnorte.com.br/noticias/sorocaba/leitura/prefeitura-de-sorocaba-transfere-pacientes-do-hospital-mental-para-o-polo-de-desinstitucionalizacao-vera-cruz>

<sup>35</sup>Disponível em: <http://www.cruzeirosul.inf.br/materia/562547/santa-casa-inaugura-enfermaria-para-os-pacientes-psi-quiatricos>

<sup>36</sup>Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2014/09/pacientes-do-teixeira-lima-em-sorocaba-devem-ser-transferidos.html>



trabalhado em outras missões, especialmente com a liderança do médico psiquiatra Cristoph Surjus, que se demitira do cargo de médico estatutário do Distrito Federal para nos acompanhar na tarefa de encerramento das atividades do HPVC, deixando inclusive a assessoria da área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O encerramento das atividades manicomiais fora decisão de um magistrado, decisão judicial irreversível, como obrigação do município, da secretaria da saúde e outras. O contrato com a OS, firmado em dezembro de 2013, seria prorrogável a critério das partes, mas não ultrapassando o limite dado pela decisão judicial, 31 de dezembro de 2015, mais a prorrogação de um ano. Após destinação dos seus antigos moradores, como já vínhamos fazendo, e dos moradores acolhidos temporariamente das outras unidades manicomiais desativadas ou em vias de desativação, o polo será desativado definitivamente, devolvendo-se o imóvel aos seus proprietários.

O prefeito fora informado, por secretários ou assessores, talvez pelos próprios dirigentes da OS ou por terceiros, de que o médico Cristoph Surjus estava descumprindo suas obrigações, cuja jornada de trabalho no Polo de Desinstitucionalização estaria em conflito com a escala de trabalho na unidade de psiquiatria recém instalada na Santa Casa, a mesma confiscada pela Prefeitura. Então os contratos de Cristoph Surjus como pessoa jurídica, na Santa Casa e na Organização Social Instituto Moriah, foram mandados cancelar pelo próprio prefeito, considerando que havia irregularidade, com base em averiguação feita pela corregedoria do município, sem tampouco termos sido informados e instados a prestar quaisquer esclarecimentos.

Estava patente a arbitrariedade do chefe do executivo em afastar um profissional que havíamos convocado somente após sua aquiescência, cientificado que fora de se tratar de profissional experiente e recomendado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Demissão sumária, sem que fôssemos consultados, o secretário responsável pela política de saúde e a própria coordenação de saúde mental, cuja titular ele ainda me exigiria que a demitisse, com argumento de que se tratava de nepotismo, sendo ela esposa do médico autônomo já afastado.

Declarei então que era demissionário para voltar a Brasília e retomar o projeto de realizar o doutorado de que já havia desistido por duas vezes, da UnB e da USP. Não poderia concordar com o prefeito, que me surpreendera por sua atitude intempestiva e mal orientada, como os órgãos interpelados por sua assessoria têm demonstrado até agora, tanto o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, como o Ministério Público de São Paulo. Pedimos demissão, Luciana Togni de Lima e Silva Surjus e eu, em 13 de outubro de 2014.

## O caso do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz

O Hospital Vera Cruz sofreu em 2012, denúncias de graves violações dos direitos humanos, assistência inadequada às pessoas internadas, equipe insuficiente e falta de condições estruturais mínimas de funcionamento. Em agosto de dois mil e doze a emissora de televisão SBT exibiu uma reportagem intitulada 'A Casa dos Esquecidos', produzida a partir da infiltração de um repórter como funcionário da lavanderia do Hospital Vera Cruz. O programa reforçou as denúncias anteriormente feitas e exibiu doentes nus, com alimentação insuficiente, sem camas, alimentando-se de fezes, trabalhando no hospital sem remuneração e vítimas de violência física. As denúncias desencadearam a assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC Sorocaba) entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde e o Ministério Público Federal e Estadual do Estado de São Paulo. Esse termo determina o fechamento do hospital em três anos, e de todos os outros da região de Sorocaba, e a sua substituição por uma rede territorial de serviços destinados à assistência em saúde mental.

Para a execução desse termo, duas comissões foram instituídas: uma Comissão de Monitoramento e Acompanhamento da Desinstitucionalização e Adequação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e uma Comissão Executiva da Desinstitucionalização, ambas tripartites.

A maior intervenção com caráter semelhante no Brasil aconteceu em Santos, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, de 1989 a 1992, com a desinstitucionalização de cerca de quinhentas pessoas (NICACIO, 1994; CAMPOS, 2000; KINOSHITA, 2001). Nos anos de 2013 e 2014, intervenção semelhante aconteceu também na cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais, para o fechamento da Clínica Aragão, Clínica São Domingos e Casa de Saúde Esperança<sup>37</sup>. Na cidade de Camaragibe, o hospital psiquiátrico Alberto Maia<sup>38</sup>, foi fechado em 2010 (era o maior hospício no Estado de Pernambuco). Há ainda em curso, a intervenção para o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade de Rio Bonito, no Rio de Janeiro, e do Hospital São Pedro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (o processo está ainda em curso, informações vem de contatos pessoais).

No começo de 2011, a Universidade Federal de São Carlos e o FLAMAS (Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba), através de pesquisa intitulada 'Levantamento dos Indicadores sobre os Manicômios de Sorocaba e Região'<sup>39</sup> denunciaram a situação degradante em que se encontravam os pacientes dentro desses hospitais. Havia, de acordo com relatório produzido na ocasião, grave violação dos direitos humanos, óbitos sem causa definida e equipe insuficiente para o atendimento das pessoas internadas.

A gravidade da situação levou à intervenção do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), da Advocacia Geral da União (AGU), da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba (SMS Sorocaba) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e, em 23 de agosto de 2012, um procedimento de interdição cautelar foi realizado pela Vigilância Sanitária nesse hospital e novas internações foram impedidas de serem feitas por um período inicial de noventa dias. Em

---

<sup>37</sup>Disponível em: [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/06/21/interna\\_gerais,410255/hospital-psi-quiatrico-de-juiz-de-fora-e-interditado-por-orgaos-sanitarios.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/06/21/interna_gerais,410255/hospital-psi-quiatrico-de-juiz-de-fora-e-interditado-por-orgaos-sanitarios.shtml). Acesso em 21/03/2015.

<sup>38</sup>Disponível em: <http://osm.org.br/osm/fechamento-do-alberto-maia-e-marco-historico-para-a-luta-antimanicomial/>.

<sup>39</sup>Disponível em: <http://flamasorocaba.wordpress.com/dossie-dos-manicomios/>.

18 de dezembro de 2012, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)<sup>40</sup> foi assinado conjuntamente pelo Ministério Público do Estado de São Paulo (MPE/SP), Ministério Público Federal (MPF), Prefeituras Municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde, prevendo o fechamento dos sete hospitais psiquiátricos da região e a 'readequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais, para fins de implementação das políticas e programas existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o estabelecido nas leis 8080/1990, 8142/1990, 10216/2001 e 10708/2003'.

Ao deixar a gestão de Sorocaba, houve um momento geral de conversa com todos os dirigentes, convidados a comparecer dia 16 de outubro com o secretário indicado, Vagner Guerrero Rinaldi, o mesmo que me havia passado o cargo da gestão anterior, o coordenador geral de saúde, os coordenadores regionais, as diretoras e todos que puderam comparecer e depois receberia várias mensagens, destaco uma delas.

Aprendi muito com as nossas conversas e sinto muito não ter tido tantas oportunidades nestes últimos meses de conversarmos.  
Obrigada por dar forças e algumas vezes até forçar a regionalização e o controle social. Obrigada por modernizar o sistema de saúde de Sorocaba e estimular o entendimento dos profissionais sobre Atenção Primária e redes de atenção. Obrigada pela oportunidade de aprender com você.  
Obrigada por ter aceitado o desafio de construir o SUS em Sorocaba.  
Obrigada por provocar para crescer.  
Foi um prazer e uma honra esses quase 2 anos de trabalho ao seu lado.  
Desejo felicidades no seu futuro caminho, pois com certeza você não ficará muito tempo sem ser convidado para um novo desafio.  
Sorte de quem te convidar e sorte da equipe que você irá constituir.  
Muito obrigada por tudo e você será sempre lembrado pelas marcas deixadas e exemplo a ser seguido.  
Felicidades.

Resposta que dei no mesmo momento em que abri a mensagem, generalizando:

Caríssimos, agora que estou quase indo embora!  
Vocês da casa são portadores das sementes. Penso que as tenhamos inoculado o bastante para resistirem férteis. E assim permaneçam quiescentes para germinarem quando houver chance, "nas águas", como se diz lá em Paranapanema... As águas vão rolar, nada é mais certo depois da estiagem, ainda que nos ameace a tardança! Não desacorçoem, vocês que são da saúde desde antes, que certamente já se deslumbraram com o que poderia ser a vez de tudo um dia se realizar. Vai que esteja por perto uma chuva boa, benfazeja, dadivosa... Façam chover, ou melhor, façam só ver ao prefeito, aos conselheiros, aos sorocabanos de todas as vilas e tantos jardins, lhes rasguem os céus, porque a terra já foi rasgada!  
Boa sorte, muito mais que juízo...

---

<sup>40</sup>Disponível em: <http://flamasorocaba.wordpress.com/termo-de-ajustamento-de-conduta-sorocaba/>.

Tendo em vista a oportunidade deste relato em Memorial, consultei colaboradores da gestão encerrada há pouco mais de um ano e obtive estas respostas:

Acredito que a Saúde de Sorocaba avançou muito na nossa gestão. A mudança inicial para um modelo de gestão compartilhada e regionalizada foi impactante na estrutura rígida e com pessoas com uma cultura altamente conservadora. Foi um aprendizado das pessoas que conviveram com o gestor e uma atualização de um modelo administrativo que permeava boa parte dos municípios que evoluíram na gestão da saúde nos últimos tempos. A coordenação regional permitiu uma aproximação dos profissionais de saúde e os gestores locais se sentiram apoiados, partícipes e empoderados para a produção de saúde. Um processo contínuo de aprendizagem e educação permanente. Os desafios foram muitos, como estruturação da regulação, e fortalecimento do controle social com realização da Conferência Municipal logo no primeiro ano de gestão e estímulo à formação dos conselhos locais de saúde para todas as 31 UBS.

Senti que consegui um reconhecimento do governo federal pelas iniciativas de implantar o programa de residência de saúde da família, multiprofissional e de saúde mental, além da adesão ao Programa Mais Médicos com a consequência obrigatória de ampliação da ESF (de 5 unidades para 14 e de 6 equipes para 44 em 1 ano e meio de gestão). Um ponto forte da gestão foi o compromisso de cumprir o TAC da saúde mental para desinstitucionalização e inclusão na sociedade dos pacientes moradores nos 4 hospitais psiquiátricos da região, e com isso construir a RAPS no município.

Eu senti orgulho do trabalho desenvolvido no período desta gestão, mas foi pena não ter dado tempo de fortalecer, criar raízes e estar estruturada para não ser desarticulada. Mas as pessoas que participaram do processo mais ativamente como eu, sofreram uma transformação que se reflete na vida profissional futura com certeza. No final me tornei outra pessoa.

Espero ter contribuído para o seu projeto atual e estou à disposição.

#### Ações desenvolvidas no Município de Sorocaba:

Regionalização - dividir as regiões da cidade em Regionais favoreceu a aproximação da gestão com as UBS, aproximação entre áreas como as vigilâncias, CEREST e mesmo secretarias afins, bem como o controle e desenvolvimento de ações a serem implantadas e desenvolvidas. Entre estas ações a abertura de UBS em horários mais extensos e finais de semana permitindo maior acesso de pessoas que não podem buscar atendimento em horários convencionais. Estes horários estendidos também favoreceram o manejo da dengue, tendo locais descentralizados para atendimento mais rápido e perto do usuário.

Saúde mental: desinstitucionalização, seguindo o TAC, realocou moradores em residência terapêutica dando condições de melhor atendimento e moradia. Discussão da descentralização do atendimento de especialidades odontológicas, para que cada Regional tivesse um CEO conforme sua área de abrangência e algumas UBS com algumas especialidades como endodontia e prótese.

Treinamento de dentistas e profissionais de saúde por Regional / colegiado, com menor número de profissionais, melhores discussões e maior aproveitamento dos processos de educação continuada.

Residências médica e multidisciplinar, em Saúde da Família e Psiquiatria. A residência tem sido uma grande empreitada na formação de profissionais para o SUS.

Juntamente com a Residência tivemos a seleção de preceptores e cursos para formação dos mesmos.

Esta relação de residentes e preceptores tem sido de grande utilidade tanto para os funcionários como usuários, pois tem permitido a reavaliação dos processos de trabalho em maior ou menor escala, mas tem levado a discussões de melhorias e eficiência colocando o município na vanguarda de ações educativas e formadoras.

Mais esta de membro da equipe:

Posso dizer que no meu ponto de vista os principais ganhos que tivemos foram:

Sem dúvida, a implantação da Central de Regulação. Em que pese a falta de infraestrutura, a falta de sensibilidade para as necessidades das UBS e Poli e principalmente a falta de uma eficaz hierarquização de necessidades, já foi um ganho considerável. A regularização das cirurgias de média complexidade, o evidenciamento dos problemas no atendimento às neoplasias e os procedimentos de alta complexidade, tirando das mãos dos nossos fisiológicos vereadores esse controle. O embate com as obrigações da DRS, trazendo a discussão para as claras foram avanços.

A descentralização da atenção secundária foi uma ideia que começou a ser rabiscada e implementada, porém de forma limitada e que se reverteu totalmente com a sua saída.

Obviamente grandes avanços foram conseguidos na área de saúde mental até por força do TAC. Mas nesse aspecto acho que existem pessoas mais qualificadas que eu para atestar as virtudes e os problemas que enfrentamos.

## **5.8 - Engenharia da Saúde**

O maior desafio de uma autoridade sanitária é criar espaço para poder trabalhar! Não mal comparando é semelhante ao que acontece com um empreendimento de engenharia, por exemplo, a construção de uma usina para obter energia elétrica.

Os projetistas e construtores de barragem conhecem muito bem a força de um rio, sabem da sua capacidade de geração energética, mas sabem também que, adormecido sobre o leito, ele jamais se transformará. Isto é o que precisamos reconhecer na população que cada vez mais busca um leito para repousar ou para se recompor de seus males consumidores de energia vital. A força da população em busca pelo consumo crescente e ilimitado de bens e serviços é muito grande, mas isso não lhe retornará jamais sua energia vital, se não formos capazes de detê-la para reorientar sua prática de cuidado com a saúde e respeito à vida.

Os empreendedores, porque sabem da força das águas, não se atrevem a obstar o seu curso, antes de preparar muito bem o terreno. Para começar obtêm todos os dados físicos da natureza, identificando o maior desnível, a menor largura, enfim todos os parâmetros necessários para a

locação adequada do barramento, buscando sempre o menor custo para conseguir o maior rendimento energético.

Feito o estudo e a escolha da locação, providencia-se o projeto na proporção adequada entre a remoção da rocha e a confecção da parede definitiva, prevendo-se as áreas de captação e destino de materiais, bem como a conquista aos bocados do leito fluvial para as manobras de transporte e concretagem do corpo interceptor.

São previstas máquinas de transformação da energia cinética - do movimento da água - em energia elétrica, assim como seu nicho mais apropriado no complexo da construção.

Externamente o projeto causará impactos positivos pela energia a ser obtida, mas sem dúvida efeitos negativos também advirão! Para estes cabe sempre o estudo metuculoso de impacto, determinando estratégias para reduzir ou anular seus efeitos, ações mitigadoras, melhor dizendo!

Igualmente, a nossa atuação em saúde é semelhante, senão uma verdadeira obra de engenharia que abrange uma infinidade de ações sobre a natureza, sobre o comportamento humano e sobre a própria engenharia que nunca é a mesma.

Na saúde nem deve haver intervenção, pois não podemos remover obstáculos e descartá-los mesmo que o tratamento seja adequado. A rocha dura no caso da saúde é a impulsão incontida de consumir cada vez mais, baseada em necessidades reais ou artificialmente criadas, para reduzir o sofrimento, aplacar a dor ou salvar a vida. Por ter consciência deste processo tão complexo e desafiador é que faço esta reflexão e chamo de engenharia ou melhor de engenho da saúde.

O engenho de 'proteger a vida' é buscar acolher esse fluxo humano em demanda por remédios, consultas, exames, operações e resolver da melhor forma suas necessidades; levar facilidades, produtos, aparelhos, mas principalmente profissionais bem preparados à frente de trabalho. Se, todavia, isto não resultar em projeto de total transformação, perderemos todo nosso tempo e nosso trabalho.

Ao mesmo tempo em que o 'Protegendo a Vida' avançava e encantava, um espaço muito precioso começava-se a descobrir, como as áreas de manobra da construção de uma barragem, para nossa verdadeira transformação estrutural!

Um verdadeiro engenho da saúde deve incorporar os que trazem seus problemas na sua própria solução. A rocha resiste à transformação. Mais dura que a rocha é esta ilusão que toma conta de

todos, a ilusão ingênua de obter saúde pelo consumo. Ao contrário, só se obtém saúde pela produção, pelo esforço de todos em sintonia e sincronia que resultem em uma verdadeira sinergia.

Produzir saúde é o nosso intento, fazer dos problemas soluções. É exatamente a tarefa que nos desafia a criatividade. Com o mesmo esforço que produzimos e reparamos tantas doenças, cuja soma é zero, se não negativa, é possível com certeza produzir mais saúde.

Acolhendo a demanda do cidadão, diretamente ou através das estruturas municipais ou comunitárias temos obrigação de atendê-la ou propiciar condições para seu atendimento, mas muito além do princípio de atender a todos, devemos encantar os indivíduos, os grupos e as coletividades humanas com a oportunidade real de alcançarmos um verdadeiro estado de saúde.

### **5.9 - Viva Brasília!**

A Primavera anuncia o Verão. É a esperança de que as águas voltarão para regar os campos e os vales ressequidos, descobertos das folhas feitas húmus, trituradas pelo pisoteio, senão consumidas pelo fogo. E tão logo caíam as primeiras chuvas o verde se anunciará na paisagem... Insinuante, de início, se espalhará pelos canteiros das avenidas, dos eixos, dos eixinhos e eixões e adentrará as superquadras de Sul a Norte. As crianças irão de férias e voltarão às escolas mais alegres, o alarido tomará conta das superquadras e dos campos esportivos intra e inter quadras. Mesmo assim os redemoinhos ainda virão parafusar nos descobertos mais extensos, como se o saci de cada um de nós provocasse, apostando em que as águas não mais virão.

Será o Verão do Planalto Central, na imensidão do meio da terra, as árvores retorcidas se enraízam sob o solo muitas vezes o que exibem a floradas. E as flores e as sementes estarão por toda parte, espécies nativas ou exóticas, todas parecendo compartilhar a mesma estratégia, a de se valer de Eros para vencer o ermo e a secura desta vasta amplidão. E as águas virão em mares com as chuvas, lavando as canchadas, vermelhas, levando tudo de enxurrada, 'pra' só se acalmar tributárias do Paraná, do São Francisco ou do Maranhão/Tocantins/Amazonas. Ou se evaporarão em nuvens brancas de algodão sob o azul infinito e ao se acumular vedarão a luz, sobrevivendo a sombra ou a escuridão. Tangidas pelo vento, trombarão aos encontros e tropejando, derramarão outra vez sobre a planura.

O Lago Paranoá se agita ao vento e se arrepiá, esperando que as altas cotas da cidade lhe enviem toda água que anunciam as primeiras trombas, desde a chuva do caju, que faz vingar em pleno cerrado a fruta florescida. A arquitetura incólume, majestática e majestosa, testemunha o que

pode o gênio brasileiro em liberdade. Haja planalto para realizar a criatura, que posta aqui ‘pra’ fazer uma cidade, de repente entrou em surto pensando talvez que fosse ela o criador. Mas tanto havia planalto e havia tanto, que nem um pouco se incomodou a providência com o delírio de tantos quantos se arvoraram em imitá-la. Planalto jamais faltará. Enquanto as águas derramarem as folhas vicejarão em busca das alturas!

### 5.10 - Universalidade, ainda que tardia

Universalidade é a condição pura e simples de ser universal,  
assim como felicidade é a condição de ser feliz!  
Sabemos disso, desde há muito!  
Se queres ser universal, canta a tua aldeia!  
Não somos nós, mas Tolstói quem diz!  
Universalidade, ao contrário da sua negativa, exige sim determinação.  
É preciso ter iniciativa, fazer cada um cidadão!  
De cada um segundo a capacidade, a cada um segundo a necessidade!  
Sabemos disso, desde há muito!  
Não somos nós, quem diz, mas Saint Simon em seu socialismo!  
Ninguém questiona essa intenção, mas reconhecendo nossa função,  
Papel de governo, é distribuição!  
Distribuir não somente, mas tudo fazer  
Por mais proteção, primeiro praqueles em total precisão!  
Não cabe alguém ser agora excluído, se foi por acaso mais prevenido!  
Portanto ninguém vivente que seja,  
Pode hoje em dia perder algum bem!  
Tampouco nenhum vivente ou mortal, pode algum dia a vida perder  
Por falta de acesso a qualquer hospital!  
Não pode o progresso, injusto e perverso  
Fazer da saúde tão vil retrocesso!  
A nossa atitude diante da vida, em qualquer latitude  
É garantir cobertura a todos igual.  
Não esquecendo a impostura, da ameaça do mal, verdadeira doença de quem vive ao léu!  
Sabemos disso, desde há muito!  
Tratar os desiguais, desigualmente!  
Por isso não faço, agora somente,  
Mas desde há muito, apelo sincero,  
Aos próximos passos!  
Neste caminho de idas e vindas, produzindo saúde, protegendo vidas  
Só temos um rumo, em qualquer longitude!  
É o nosso mister: reduzir sofrimento, senão evitá-lo, evitar que a morte  
Abrevie a vida, mas torná-la digna, quando inexorável!  
Fazendo Universal cada lugar  
Fazendo aldeia, o mundo inteiro  
Assim, mais que nunca, vale dizer por primeiro  
Combinar capacidade com a reconhecida necessidade!  
Quem sabe, talvez, algum dia, alcançamos a tão almejada Universalidade!  
Acima de tudo, porque todos nós desejamos viver em saúde plena e gozando a vida com felicidade!

“Para quem viaja ao encontro do sol, é sempre madrugada”

Helena Kolody



## REFERÊNCIAS

1. Bruni JC. *A água e a vida*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP. São Paulo, 5(1-2): 53-6. Disponível em:  
<http://www.fflch.usp.br/sociologia/temposocial/site/images/stories/edicoes/v0512/Agua.pdf>
2. Rosa JG. *Grande Sertão Veredas*, Ficção Completa, Volume II, p.158-159, Nova Aguilar, Rio de Janeiro, 1994.
- 3 - Heidmann et al. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8. Disponível em:  
<http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
- 4 – Raggio AMB. *Bioética do Acesso a Serviços Públicos de Saúde na Regional Metropolitana de Saúde do Paraná*. [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília; 2011.
- 6 - Lei Nº 5829 de 30 de novembro de 1972 que cria do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, indicado para extinção com a desativação da Central de Medicamentos pelo Decreto Nº 2283 de 24 de julho de 1997. Extinto com a SUNAB pela Lei 9618 de 2 de abril de 1998.
- 7 – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. *Sistema de Saúde Regionalizado e Hierarquizado: proposta de ação conjunta*. IPPUC, 1979.
- 8 – Vila Nossa Senhora da Luz revisitado por seu criador, quase 50 anos depois. Projeto de Alfred Willer, Roberto Gandolfi, Lubomir Ficinski e Cyro Correa Lyra, arquitetos. Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/vila-nossa-senhora-da-luz-revisitada-por-seu-criador-quase-50-anos-depois/34624>
- 9 – Fernandes JC. Doutor Miranda, o médico do postinho. Gazeta do Povo. Disponível em:  
<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/colunistas/jose-carlos-fernandes/doutor-miranda-o-medico-do-postinho-0445oumhx1p2ro01vy9q4b1sw>.
- 10 – Citação por tradução livre do inglês, disponível em  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Rudolf\\_Virchow](https://en.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow)
- 11 - Silva JAA. *Do socialismo catrumano ao Planalto*, Direb/Fiocruz, Brasília, 2015.
- 12 – Silveira MM. *Política Nacional de Saúde, A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2005.
- 14 – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Sistema de Currículos Lattes Elenice Deffune. Disponível em:  
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4781499H6>.
- 15 - Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

- 16 - Raggio AMB. *Bioética do Acesso a Serviços Públicos de Saúde na Regional Metropolitana de Saúde do Paraná*. [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília; 2011.
- 17 – Yolton JW. Dicionário Locke. Yolton, JW; tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed, 1996.
- 18 - Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora UnB, 2004
- 19 – Souza JG, Delduque MC. *Introdução à crítica do direito à saúde*. Entrevista com o Reitor Dr. José Geraldo e Dra. Maria Célia Delduque - O Direito Achado na Rua. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=WlyK\\_PePaeA](https://www.youtube.com/watch?v=WlyK_PePaeA)  
Direito achado na rua. JGS & MCD.
- 20 – Raggio AMB. Saúde como Dimensão da Práxis Urbana, na Revista Saúde em Debate, nº 35, julho de 1992.
- 21 – Agência Nacional de Águas (ANA). *Bacia do rio Paraíba do Sul*. Disponível em: <http://www2.ana.gov.br/Paginas/servicos/outorgaefiscalizacao/RioParaibadoSul.aspx>
- 22- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-15/>
- 23 - Basu S, David S. A Economia Desumana: porque mata a austeridade. Bizancio, 2014.
- 24 – Santiago RC. *Glosario de Economia de la Salud (En Papel)*. Editorial Diaz De Santos, 1995.
- 25 - Del Nero CR. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães, organizadores Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, 2002. Disponível em: [http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea\\_saude.pdf](http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea_saude.pdf).
- 26 – Pereira J, *Incentivos Fiscais e Equidade no Financiamento da Saúde em Portugal*. In: Piola SF, VIANNA SM, organizadores. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, 2002. Disponível em: [http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea\\_saude.pdf](http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea_saude.pdf).
- 27 - Ministério da Saúde. *Glossário temático: economia da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 28 – CEBES. Apresentação em mesa redonda, por ocasião no 1º Simpósio de Saúde da Câmara Federal ,1979.

## GLOSSÁRIO

*Abrojo*: s. m. angios **1** m.q. abrolho (*Centaurea calcitrapa*) **2** m.q. espinho-de-carneiro ('designação comum') Etimologia esp. *abrojo* (met. sXIV) 'abrolho', da frase lat. *aperī oculos* 'abra os olhos' de *aperīre* 'abrir' e *ocūlus* 'olho, vista'.

*Açungui*: s. m. denominação do rio que nasce na Serra de São Luiz do Purunã, junta-se ao rio Juquiá Guaçu formando o rio Juquiá, que deságua no rio Ribeira, estado de São Paulo. A bacia do Açungui se constitui na última reserva natural de águas ainda não poluídas para abastecimento de Curitiba e região metropolitana. Aí se encontra a Floresta Nacional do Açungui (Flona), denominada parque Romário Martins, quando de sua criação em 1944.  
*Angatuba*: s.f. Município de Angatuba SP top. (do tupi *angá-tyba* "ingazeiral, bosque de ingás", de *angá* ' m.q. o fitônimo *ingá*')

*Apiáí*: s.m. município de Apiáí SP top. (do tupi *apiá-i* 'homemzinho' [TupGN] ou do tupi *apiay* 'lugar alagado, úmido' [VocTG])

*Apiáí Guaçu*: s.m. rio que nasce na Serra Água Limpa. Afluente da margem esquerda do rio Paranapanema após receber o Apiáí Mirim e o Enxovia. Deste à foz, o Apiáí Guaçu divide os municípios de Buri à direita e Paranapanema à esquerda.

*Apiáí Mirim*: s. m. rio afluente do rio Apiáí Guaçu, tributário da bacia do Paranapanema

*Apucarana*: s. f. município de Apucarana PR top. (do tupi *apo-carã* 'que se estende em círculo [VocTG] ou do caingangue *apó-caarã-nã* base semelhante a uma floresta imensa' [IBGE])

*Aracaju*: s. f. capital do Estado de Sergipe, no litoral. Do tupi guarani *ará* = papagaio; (*akaiua*) => cajueiro dos papagaios. Também pode significar tempo, época do caju. Alguns indígenas guardariam o fruto do caju (parte dura) para contar os anos.

*Araçoiaba*: s. f. significa "manto de penas de guarás", pela junção de *úará* (guará) e *aso'íaba* (manto indígena de penas). Município de Pernambuco, na zona metropolitana de Recife; Araçoiaba da Serra: município de Araçoiaba da Serra, região metropolitana de Sorocaba SP

*Arari*: s.m. (1618) B ict m.q. saragui (*Chalceus macrolepidotus*) Etimologia segundo DHPT, tupi *\*ara'ri* 'espécie de peixe'; f.hist. 1618 *arares*; arari s. m. (1928) AMAZ orn m.q. arara-de-barriga-amarela (*Ara ararauna*) Etimologia segundo DHPT, tupi *\*ara'ri* 'variedade de arara'; f.hist. 1928 *arary*; arari s. m. angios **1** m.q. bracuí (*Andira antheimia*) **2** m.q. cipó-cururu (*Anisolobus cururu*) Etimologia orig. obsc., prov. tupi

*Araucária*: s. f. município de Araucária PR, gimn. m. q. pinheiro-do-paraná (*Araucária angustifolia*)

*Ava*: s. f. **1** angios arbusto dioico (*Piper methysticum*), da fam. das piperáceas, um cultivar nativo das ilhas do Sudoeste do Pacífico, prov. derivado de *Piper wichmannii*, cujas raízes têm propriedades medicinais e são us. no preparo de bebida narcótica; cavacava **2** p.met. a bebida feita com essas raízes **3** cerimonial que acompanha a preparação e a ingestão dessa bebida Etimologia orig.obsc.

*Avá*: s. m. homem. Do tupi *abá* ("homem")

*Avaré*: s. m. município de Avaré SP. Do tupi *awa're* (abaré) = missionário, padre; *awa're* - abaré

- amigo - missionário - catequista - (abaruna - abuna)

Atuba: s. m. formador do rio Iguazu ao confluir com o rio Irai a leste do município de Curitiba, faz a divisa com os municípios de Colombo, Quatro Barras, Pinhais e São José dos Pinhais; bairro de Curitiba PR

Barbaquá: s. m. ( 1557) B S. forno usado para secar a erva-mate, cujo calor é transmitido ao carijo por meio de condutores Etimologia prov. de voc. aru. das Antilhas; barbaquá: jirau ou grade de varas sobre forquilhas onde se estende a erva-mate para sapeca-la com fogo. Também conhecido como: barbacuá, baraguá e carijó; no Guarani se diz taquapembi (grade de taquaras). Afluente da margem esquerda do Piquiri, Guaraniaçu PR. 1) Do Tupi-Guarani bar (ibira) = árvore, madeira; quá = buraco 2) Do Taino (Aruák): barbacoa

Biritiba Mirim: s. f. município de Biritiba Mirim SP, banhado pelo alto rio Tietê vindo de Salesópolis. O topônimo "Biritiba Mirim" é de origem tupi, significando "pequeno ajuntamento de juncos", através da junção de *pi'ri* (*Rhinchospora cephalotes*, um tipo de junco), *tyba* (ajuntamento). e *mirim* (pequeno)

Bocaina: s. f. ( c1698) geomorf **1** *AMAZ* furo ou braço de água que comunica um lago com um igarapé **2** *B* depressão que serve de passagem numa serra; garganta **3** *B* vale profundo entre dois contrafortes próximos; passagem estreita entre dois morros **4** *B* foz de um rio; entrada de um canal **5** *AMAZ* local onde se instalam as feitorias, na época da salga do peixe **6** *MA* baía ampla e profunda Etimologia orig. contrv., prov. de *boc(a)*- + suf. pej. *-anha*, com despalatalização e epêntese de um *i*; cf. *bocanha* Sinônímia e Variantes ver sinonímia de *baía*, *depressão*, *desfiladeiro*, *foz* e *vale*

Botucatu: s. m. município de Botucatu SP. Do Tupi-Guarani "ybytu katu" = "bons ares"; botucatu: serra boa

Buri: s. m. (1587) angios **1** m.q. guriri (*Allagoptera arenaria*) **2** m.q. imburi (*Polyandrococos caudescens*) Etimologia ver em *imburi* Sinônímia e Variantes bori Coletivo burizal Paronímia *bori*(s.m.)

Butantã: s. m. bairro do município de São Paulo. Do Tupi-Guarani: bu (*ibi*) = terra; tatã (*atã*, *tantã*) = muito duro. Instituto Butantã, centro de estudos biomédicos localizado na cidade de São Paulo, no bairro do mesmo nome; butantã: terra muito dura

Caatinga: s. f. ( c1584) B **1** *fitog* vegetação típica do Nordeste brasileiro e de parte do Norte de MG, em que predominam plantas xerófilas, como árvores e arbustos decíduos durante a estação seca, freq. armados de espinhos, e tb. cactáceas, bromeliáceas e ervas anuais **2** área ou região que apresenta esse tipo de vegetação, esp. a do Nordeste brasileiro, de clima árido e fauna típica, e que tem fronteiras e áreas de interseção com a região do cerrado **3** *fitog* *AMAZ* formação vegetal pouco densa, com árvores e/ou arbustos de pequeno porte **4** *angios* arbusto ou árvore pequena (*Tecoma catinga*) da fam. das bignoniáceas, que ocorre no Brasil (Leste e Sul), de folhas com cinco folíolos digitados, grandes, e flores amarelas, de 3 a 5 cm, reunidas de 10 a 15 por umbela **5** *angios* m.q. cana-de-macaco (*Costus spiralis*) **6** *angios* m.q. catingueira (*Caesalpinia gardneriana*) Locuções **c. brejada** PB caatinga ('área ou região') cultivável, por ser relativamente úmida e mais fértil **c. do igapó** fitog *AMAZ* área inundada de vegetação escassa **c. do rio Negro** fitog B vegetação característica de certas regiões da floresta amazônica, esp. da bacia do rio Negro, constituída esp. por árvores de pequeno porte que crescem em terrenos arenosos, muito úmidos, e têm folhas rígidas que não são decíduas Etimologia tupi *kaa'tinga*, formado do tupi *ka'a* 'mato, vegetação' e '*tinga* 'branco, esbranquiçado, claro', lit.

'mato esbranquiçado', por tomar coloração cinzento-parda na estação seca; ver *ca-*, *caa-* e *-tinga*; f.hist. c1584 *caátinga*, c1594 *caátiga*, 1833 *cahatinga*, 1902 *caatingas* Sinônímia e Variantes em todas as acp.: *catinga* Coletivo *caatingal* Paronímia *catinga*(s.f. e s.2g.)

Caboclo: s. m. ( 1645) **B 1** indivíduo nascido de índia e branco (ou vice-versa), fisicamente caracterizado por ter pele morena ou acobreada e cabelos negros e lisos **2** p.ext. m.q. curiboca **3** *hist* ant. selvagem brasileiro que tinha contato com os colonizadores **4** qualquer mestiço de índio; tapuio **5** indivíduo (esp. habitante do sertão) com ascendência de índio e branco e com físico e os modos desconfiados, retraídos **5.1** caipira, roceiro, matuto **6** infm. indivíduo qualquer; sujeito, pessoa < *um mulheração para c. nenhum botar defeito* > **7** *dnç RJ SP* dança do fandango leve e rápida **8** *carc* m.q. camarão-rosa (*Penaeus brasiliensis*) **9** *carc* m.q. camarão-verdadeiro (*Penaeus setiferus*) **10** *ent* m.q. vespa-cabocla **11** *ict* m.q. borboleta-listrada (*Chaetodon striatus*) **12** *etn* cada um dos dançadores de certos folguedos populares (cabocolinhos, maracatu rural) cujos gestos e indumentária são característicos dos personagens que representam **13** *rel* nas religiões ou seitas afro-brasileiras, designação genérica dos espíritos de ancestrais indígenas brasileiros que supostamente surgem nas cerimônias rituais e que foram idealizados, já no sXX, segundo os modelos de orixás da teogonia jeje-nagô e do Indianismo literário da fase romântica **14** *gar* fragmento de rocha de cor acobreada devido à presença do óxido de ferro adjetivo **15** relativo a caboclo (acp. 2 a 5), seu aspecto, seus hábitos, sua índole < *lenda c., tipo c., argúcia c.* > **16** da cor moreno-acobreada do caboclo < *pele c.* > **17** *rel* relativo ao candomblé de caboclo < *o panteão c. inclui entidades afro-brasileiras e indígenas* > Locuções **c. velho** B N. B N.E. infm. us. como *interlocutório pessoal* < *que bom vê-lo, c. velho* > Gramática dim.: caboclinho, caboclote Etimologia orig.contrv.; têm sido propostos como orig. do voc. *caboclo* 'índio mestiço de branco, indivíduo de cor acobreada e cabelos lisos' o tupi *kara'íwa* 'homem branco' e o tupi '*oka* 'casa'; doc. como *caouocolo* em 1645, *cabocolo* em 1648, *cabocles* em 1716, *cabocoro* em 1757 e *caboclo* a partir de 1781; de mesma orig., há a f.divg. *curiboca* 'mestiço', doc. a1687 *coriboquo*, a1696 *c(o/u)riboca*; ver ainda, de mesma base etimológica, *carioca* esp. *caraiíba*; ver el. *cabocl-* Sinônímia e Variantes como adj. e/ou s.m.: ver sinonímia de *caipira* e *mestiço* (...) Coletivo caboclada, chiruzada; caboclo:\*\* kariboka - procedente do branco - mestiço de branco com índio – cariboca - carijó - antiga denominação do indígena – caburé - tapuio - personificação e divinização de tribos indígenas segundo o modelo dos cultos populares de origem africana, paramentada, porém, com os trajes cerimoniais dos antigos tupis (folcl.) - atualmente, designação genérica dos moradores das margens dos rios da Amazônia

Caiacanga: s. m. cabeça de bugio (espécie de macaco)

Caingangue: s. m. grupo indígena da região Sul do Brasil, já integrado na sociedade nacional, cuja língua era outrora considerada como jê, e que hoje representa uma família própria - coroado - camé – xoclengues

Caiçara: s. f. ( 1587) **1** *B* obra ger. de madeira (truncos, estacas) que delimita, circunda e/ou protege um terreno **1.1** *B* cerca ou paliçada feita em torno de taba ou aldeia indígena, para proteção contra inimigos ou animais **1.2** p.ext. *B* qualquer proteção mais ou menos tosca feita com ramos de árvores, paus a pique etc. **1.3** *B* cerca que se faz em torno de roçado ou plantação para impedir a entrada de gado **1.4** *B* cercado de madeira feito à margem do rio ou igarapé navegável para permitir embarque de gado **2** *B* conjunto de ramos e galhos que restam das árvores derrubadas para aproveitamento da madeira **3** p.ana. *B* mata ou arvoredo de que só restam os troncos eretos das árvores mortas **4** *B* abrigo tosco ou palhoça **5** *B* casinha tosca, na beira da praia, onde se guardam as embarcações, redes e demais aparelhos dos pescadores **6** *B* abrigo ou esconderijo em que fica emboscado o caçador **7** *AMAZ* armadilha para apanhar

peixes, feita com ramos de árvores postos dentro da água e formando uma espécie de cercado **8** *AMAZ* curral ('armadilha') ou viveiro de tartarugas **9** *B* madeira do angelim-pedra (*Sweetia fruticosa*) **10** *ict* m.q. sardinha-bandeira (*Opisthonema oglinum*) substantivo de dois gêneros **11** *SP* natural ou habitante de localidade litorânea; praiano **12** *B* habitante do litoral, que vive de modo rústico, esp. da pesca ou de atividade próxima **13** ( 1874 )**14** *RJ SP* pej. habitante do interior, esp. o considerado muito bronco ou asselvajado **15** *RJ SP* pej. pessoa estúpida ou inútil substantivo masculino *B* *infrm.* pej. homem ordinário; malandro, vagabundo adjetivo e substantivo de dois gêneros relativo a Cananeia *SP* ou o que é seu natural ou habitante Etimologia tupi *kaai'sa* 'cerca de ramos, fortificação para vedar o trânsito'; tb. s. m. *caiçará* 'pescador praiano'; 'português'; f.hist. 1587 *caiçá*, c1587 *caicara*, c1596 *caicá*, 1656 *caissara* Sinônímia e Variantes como s.f.: ver sinonímia de *armadilha*; como s.2g.: ver sinonímia de *caipira* Coletivo *caiçarada*; *caiçara*: cerca feita pelos indígenas em torno da taba (vila indígena).

*Caicó*: s. m. *B N.E.* bagre seco e salgado; mulato-velho Etimologia orig. contrv. prov. do tupi *kaia-có* 'roça da queimada

*Caiobá*: s. f. distrito praiano do município de Matinhos *PR*

*Caipira*: s. de dois gêneros ( 1823) **1** indivíduo natural ou habitante de parte das regiões Sudeste e Centro-Oeste brasileiras, esp. São Paulo, de origem rural, cujo grupo, no passado, caracterizava-se esp. por atividades na agricultura de subsistência, por sua cultura itinerante e por não ter a posse de terras < *os c. construíam seus ranchos seguindo a marcha das bandeiras* > **1.1** indivíduo simplório, ger. habitante do interior do país, de pouca instrução e modos pouco refinados (como se supõe ser o *caipira*) < *um c. tangedor de mulas* > **2** *B* *infrm.* pej. malandro, vadio **3** ( 1873 ) *hist P* pej. adepto ou militante do partido constitucionalista português nas lutas travadas entre 1828 e 1834 [Epíteto dado a eles pelo grupo <sup>1</sup>realista.] s. m. 1934 *B N.E.* lud certo jogo de azar comum entre a população humilde, com um tabuleiro de seis casas numeradas e um dado ou roleta simples onde se decidem as paradas adjetivo de dois gêneros **4** que pertence ao interior ou vive no interior, fora dos centros urbanos, no campo ou na roça; roceiro < *a cultura c.* > **5** que leva uma vida campestre rústica, tem pouca instrução, pouco convívio social, e hábitos e modos rudes (por vezes, pej.) < *ele manteve certo jeito c. de estar em sociedade* > **5.1** próprio de *caipira* (acp. 1 e 1.1) < *dialecto c.* > < *o r caipira, típico de algumas regiões de São Paulo e sul de Minas Gerais* > **5.2** fig. que é tímido, acanhado ou pouco sociável (como se supõe ser o *caipira*) **6** *etn B* relativo a festa junina < *roupa c.* > < *fizeram comidas c. típicas de são-joão* > **7** *MNH* pej. não generoso; avarento, sovina, mesquinho Etimologia orig.contrv., prov. do tupi; AGC sugere possível relação com *caipora* e *curupira*, já sugerida por Saint-Hilaire Sinônímia e Variantes como adj.subst.2g.: araruama, arigó, babaquara, babeco, baiano, baiquara, beira-corgo, beiradeiro, biriba, biriva, botocudo, brocoió, bruaqueiro, caapora, caboclo, caburé, caiçara, cambembe, camisa, canguai, canguçu, capa-bode, capiau, capicongo, capuava, capurreiro, cariazal, casaca, casacudo, casca-grossa, catatuá, catimbó, catrumano, chapadeiro, curau, curumba, grotreiro, guasca, jacu, jeca, jeca-tatu, macaqueiro, mambira, mandi, mandim, mandioqueiro, mano-juca, maratimba, mateiro, matuto, mixanga, mixuango, mocó, mcorongo, moqueta, mucufo, muxuango, pé-duro, pé no chão, pioca, piraguara, piraquara, queijeiro, restingueiro, roceiro, saquarema, sertanejo, sitiano, tabaréu, tapiocano, urumbeba, urumbeva; ver tb. sinonímia de *bronco* Antonímia como adj.subst.2g.: cidadão, cosmopolita, elegante, fino, sofisticado, urbano Coletivo *caipirada*; *caipira*: de o vergonhoso, roceiro, aldeão

*Caiuá*: s. m. provém do Guarani '*cai'guara* 'o que habita os montes. *Caiuá*, *Caaguá* ou *Cainguás* são variantes do nome dos índios guaranis da margem esquerda do rio Paraguai. Município de Santo Antônio do Caiuá localiza-se no terceiro planalto paranaense, na microrregião de Paranavaí (001) e mesorregião Noroeste Paranaense do IBGE.

Camaragibe: s. f. município de Camaragibe PE, , sendo a oitava cidade mais populosa do estado e a sexta da região metropolitana, atrás de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Paulista e Cabo de Santo Agostinho. O topônimo Camaragibe significa "rio dos camarás" *camara*: a planta, *y*: rio, *pe*: em). Camará ou cambará é o nome de um arbusto presente na região.

Cambará: s. m. (a1583) angios **1** árvore frondosa (*Vochysia divergens*), da fam. das voquiáceas, nativa do Brasil (GO, MS, MT), de folhas coriáceas, flores amarelas em racemos terminais e frutos capsulares **2** m.q. <sup>1</sup>candeia (*Vanillosmopsis erythropappa*) **3** m.q. camará (*Lantana camara*) **4** m.q. chirca (*Eupatorium pauciflorum*) Paronímia *cambara*(fl.cambar)

Canastra: s. f.(a1536) **1** variedade de cesta quadrangular entretecida com ripas flexíveis de madeira; larga e pouco alta, pode ter tampa ou não **2** B caixa ou maleta revestida de couro na qual se guardam roupas e pequenos objetos **3** B parte posterior do tronco humano, acima da cintura e abaixo dos ombros; costas substantivo de dois gêneros infirm. cine teat tv mau ator; canastrão Etimologia *canastro*; ver *canastr-*; f.hist. a1536 *canasta*, c1543 *canastra* Coletivo canastrada <sup>2</sup> canastra substantivo masculino mastzoo red. de tatu-canastra (*Priodontes maximus*) <sup>3</sup> canastra s. f. B lud **1** jogo de cartas, ger. jogado por quatro pessoas em duas parcerias, que tem como principal objetivo a formação de uma combinação de sete cartas tb. chamada canastra **2** nos jogos de canastra, biriba e buraco, sequência de sete cartas do mesmo naipe ou conjunto de sete cartas que possuem o mesmo valor Locuções **c. real** lud canastra (acp. 2) sem a presença de curingas Etimologia esp. *canasta* 'id.', com epêntese

Candango: s. m. gentílico de Brasília DF, relativo à época da construção da cidade, quando migrantes de todas as regiões do país aqui chegavam cobertos e sujos de poeira das estradas e depois das obras, brasileiro

Cantú: s.m. nome do rio Cantu em homenagem ao município italiano da região da Lombardia, origem de imigrantes que colonizaram o estado Paraná; s. f. município de Nova Cantu, uma das últimas fronteiras agrícolas do Paraná. Sua ocupação ocorreu por volta de 1955, sendo criado através da Lei Estadual nº 4778 de 29 de novembro de 1963, e instalado em 14 de dezembro de 1964, desmembrado de Roncador.

Capivari: s. m. rio afluente original da bacia do Ribeira, revertido por meio de túnel no maciço da Serra do Mar para adução ao rio Cachoeira no litoral do Paraná e mover as turbinas da UHE Capivari-Cachoeira da Copel, Companhia de Energia do Paraná, nos moldes da UHE de Cubatão SP; do tupi rio das capivaras

Carajás: s. m. termo carajás (Karajá em Jê), "Kara" brilhante e "Já" céu, significa basicamente "estrela grande"; complexo geológico regional da Serra dos Carajás. Eldorado de Carajás, município do estado do Pará. O nome Eldorado foi escolhido por representar o boom mineral nos primeiros anos de sua formação. Se relaciona com a antiga lenda narrada pelos índios aos espanhóis na época da colonização das Américas. O município é lembrado pelo massacre que ocorreu em 1996, quando 19 sem-terra foram assassinados por tropas da Polícia Militar do Estado do Pará.

Ceará: s. f. B N.E. alim cul m.q. <sup>1</sup>charque Etimologia red. de *carne do ceará* Homonímia *ceará* (fl.cear); ceará: vem de Siará, "Canto da Jandaia", um pequeno papagaio

Cerrataense: s. m. novo gentílico atribuído aos ancestrais ocupantes do planalto central, em

referência ao bioma do cerrado

Chicungunya: s. m. arbovírus do gên. *Alphavirus*, causador da febre de mesmo nome, caracterizada por dores musculares e articulares fortíssimas, e transmitido ao homem por mosquitos *Aedes* [A doença foi detectada no Brasil pela primeira vez em 2010.] Etimologia suaíli *chikungunya* 'os que se dobram', pela aparência curvada dos doentes devida às dores

Chopim: s. m. (1889) B orn **1** f. não pref. de chupim (*Molothrus bonariensis*) **2** m.q. melro (*Gnorimopsar chopi*) Vozes v. e subst.: chilrear, chalrear, chilrar; pássaro conhecido também por vira-bosta

Congonhas: s. m. afluente do rio Tibagi, caudatário da bacia hidrográfica do Paraná. Município de Congonhas MG, a 70 km de Belo Horizonte, cuja origem remonta a 1757, quando foi fundado o Santuário do Bom Jesus de Matosinhos, que é desde 1985 Patrimônio da Humanidade. Construído em várias etapas, nos séculos XVIII e XIX, por vários mestres, artesãos e pintores, como o Aleijadinho e Manuel da Costa Ataíde, é uma das maiores realizações do barroco brasileiro.

Corumbá: s. m. (a1914) B localidade ger. deserta e distante de qualquer povoado (mais us. no pl.) Etimologia ger. ligado ao top. *Corumbá* (MS), localidade distante; o nome do top. seria o tupi *куру'мба* 'banco de cascalho'; Nasc confirma o tupi *ku'ru* 'seixo' e diz faltar explicação para *'mba*

Corumbataí: s. m. do tupi, rio dos corimbatas. Município de Corumbataí do Sul PR, às margens do rio Corumbataí, afluente do rio Ivaí, na região de Campo Mourão.

Crato: s. m. (1899) ALG vitic certa casta de uva Algarvia Gramática e Uso empr. tb. apositivamente Etimologia segundo CA, do top. *Crato*, vila de Portugal <sup>2</sup> crato s. m. (c1930) geol grande porção estável da crosta terrestre que tenha resistido a deformações por longo período geológico; cráton Etimologia ing. *craton* (c1930), alt. de *kratogen* 'id.' (c1900), der. do gr. *krátos* 'força, solidez', em virtude da solidez desses núcleos; cp. <sup>1</sup>*cráton*

Curitiba: s. f. município de Curitiba PR, capital do estado top. (do tupi *core* pinhão *tuba* muito, bastante); ajuntamento de pinheiros

Eden: s.m. (1772 Per Bibl) IREL jardim em que Adão e Eva viveram; paraíso (...) paraíso, lugar de delícias; paraíso Etimologia hebr. *edhen* 'deleite, voluptuosidade', por intermédio bíblico, aplicado ao paraíso terrestre

Estúrdio:\* *adj.* **1** MG SP que denota estranheza, esquisitice (diz-se de qualquer coisa); incomum, esquisito **2** RS fora de moda ou extravagante (diz-se de traje) *adj.s.m* 3m.q. *DESAJUIZADO* Etimologia der. de estúrdia (...)

Exutório: z s.m. (1840 cf. ComPat) capaz de promover supuração Etimologia rad. de *exutum* (supn. de *exuere* 'despojar [do vestido], despir, desnudar'; deixar, pôr de lado; desvencilhar-se; desaposar, esbulhar; acabar com, expelir, jogar fora') + *ório*

Faxina: s.f. (1287 cf. JM<sup>1</sup>) **1** conjunto de gravetos; lenha miúda **2** feixe de ramos, ou de paus, que nas campanhas militares serve para entulhar fossos, cobrir parapeitos de bateria etc... e com que se entulham terrenos a fim de fixá-los para construções **3** PE conjunto de varas flexíveis, trançadas, com as quais se constroem cercas **4** MAR MIL qualquer trabalho braçal de interesse administrativo, marinho ou militar **5** (sXIX) serviço completo de limpeza geral (*mandou fazer uma f. na casa*) **6** fig. *Infrm.* qualquer trabalho árduo, estafante **7** fig. *infrm.* desvio



fraudulento de dinheiro; desfalque, limpeza **8** *fig. infrm.* estrago, devastação, destruição **9** m.q. *MUTIRÃO* (mobilização) **10** campo que avança pelo interior de uma floresta ou cercado de altas árvores; faxinal **11** *B. S.* campo de pastagem com presença de arvoredos esguios **12** unidade de peso para lenha, equivalente a 60 kg s.m. **13** *MAR* cada um de um grupo de homens (grumetes, marinheiros ou cabos) designado para realizar trabalho braçal **14** *B. S.* m.q. *FAXINEIRO* Etimologia it. *Fascina* (1401) 'feixe de lenha miúda', do lat. *fascina, ae* 'id.'; desta acp. passou a 'feixe de ramos com que se entopem fossos de fortificações', depois a trabalho de ir buscar esses ramos e entulhá-los nos fossos', ainda a 'trabalho de limpeza nas casernas' e finalmente a qualquer trabalho árduo (...)

Garuva: s. f. município de Garuva SC, situado na região norte do estado. Localiza-se entre duas grandes cidades brasileiras: Curitiba e Joinville. Garuva é a primeira cidade catarinense cortada pela rodovia BR-101, no sentido norte-sul. O nome Garuva foi dado pelo fato de existir uma árvore de cor amarelada, abundante na região, hoje praticamente extinta.

Gaúcho: adj. e s. m. (1876) diz-se de ou o habitante da zona rural do Rio Grande do Sul e, por extensão, de todo o estado; rio-grandense s. m. **1** o habitante da zona rural (pampas) do Uruguai e da Argentina, que se dedica à criação de gado **2** peão de estância **3** bom cavaleiro Gramática aum.irreg.: *gauchaço*; dim.irreg.: *gauchito* Etimologia plat. *gaucho* (1782) 'nativo rural do Rio da Prata', de orig.duv., prov. indígena americano; Joaquim de Sousa Andrade cita a palavra em *O Guesa* (XII, 462), mas em cast. (1874-1884) Sinônímia e Variantes guasca, rio-grandense-do-sul, sul-rio-grandense Coletivo gauchada, guascada, guascaria, indiada Homônímia *gaúcho*(fl.gauchar)

Goioerê: s. m. município de Goioerê PR top. (*goio* água *erê* clara)

Guandu: s. m. (1618) angios m.q. guando

Guando: s. m. (1853) **1** *angios* subarbusto ereto de até 3 m (*Cajanus cajan*), da fam. das leguminosas, subfam. papilionoídea, provavelmente nativo da África e cultivado em várias regiões, pelas vagens lineares, forrageiras, esp. pelas sementes, us. como alimento básico por diversos povos, e por inúmeros usos medicinais; anduzeiro, guandeiro **2** *angios* semente dessa planta, ger. orbicular e amarelada **3** *cul* iguaria feita com essas sementes e camarão seco Etimologia quicg. *uandu* 'ervilha'; 1853 é a data para a acp. 'semente' e 1889 é a data para a acp. 'subarbusto' Sinônímia e Variantes em todas as acp.: andu; nas acp. 1 e 2: ervilha-de-angola, ervilha-de-árvore, ervilha-de-sete-anos, ervilha-do-congo, feijão-de-árvore, feijão-do-congo, feijão-figueira (*CAB*), feijão-guando, guandu, quinsonje (*ANG*), tantaraga.

Guará s. de dois gêneros (1): iguara, ave das águas, pássaro branco de mangues e estuários com grande amplitude de maré ou de fluviometria (i, ig, ara). (2):\*\* aguará, aguaraçu, mamífero (lobo) dos cerrados e pampas (açu).

Guará: s. de dois gêneros (1) ave das águas, pássaro branco muito comum nos manguezais. (2) o que devora, mamífero (lobo) dos cerrados e pampas.

Guara: s. m. Senhor.

Guaraguaçu: s. m. rio oceânico que desemboca diretamente no Atlântico, entre as baías de Paranaguá e Guaratuba, de origem tupi o nome significa pássaro grande.

Guarani s. m. (1): raça indígena do interior da América do Sul tropical, habitante desde o Centro Oeste brasileiro até o norte da Argentina, pertencente à grande nação Tupi Guarani. (2):\*\* grupo lingüístico pertencente ao grande ramo tupi-guarani, porém mais característico dos indígenas

do centro da América do Sul

Guarani: s. m. guerreiro, lutador.

Guarapuava: s. f. município de Guarapuava, centro oeste do estado do Paraná, do tupi lobo bravo.

Guaratinguetá: s. f. município de Guaratinguetá SP, do tupi significa reunião de pássaros brancos.

Guaratuba: s. f. município do litoral do estado do Paraná, do tupi *guará* 'pássaro' *tuba* 'muito'

Guarulhos: s. m. município de Guarulhos SP, segunda cidade mais populosa do estado, a 13ª mais populosa do país e a 53ª mais populosa do continente americano. É a cidade não capital mais populosa do Brasil, além de deter o 2º maior PIB de seu estado e o 8º maior do país. Pertence à Região Metropolitana de São Paulo. Aldeamento dos índios guaru, da tribo dos guaianases, Guarulhos vem do tupi '*guaru*' peixe barrigudo ou índio barrigudo. Estudos recentes indicam que os habitantes da região eram os *maromomi* do tronco etnolinguístico *macro-jê*.

Guatupe: s. m. bairro de São José dos Pinhais, às margens do rio Iguaçu, onde se localiza a Academia Militar do Guatupe da Polícia Militar do Paraná

Iapó: s. m. afluente do rio Tibagi e formador do canion do Quartelá (guarda-te lá) no município de Tibagi PR; Santana do Iapó, antigo nome do município de Castro PR

Iguaçu: s. m. rio Iguaçu, maior rio do Paraná, corre de Curitiba para o continente desemboca no rio Paraná, do tupi: água grande - lago grande - rio grande.

Iguape: s. m. município de Iguape SP, maior território municipal do estado com 1 977,96 Km², cujo centro histórico é tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) desde 2009. Seu nome tem origem do tupi e significa "na enseada do rio", através da junção dos termos '*y*' (água, rio), '*kúá*' (enseada) e '*pe*' (em) .

Imbaú s. m. município de Imbaú PR, nome com raiz na tupi, '*imbau*' significa "beber [água] da bica". Na região do município existem dois cursos d'água que fazem referência à este vocábulo: o Rio Imbaú e o Rio Imbauzinho. Segundo os moradores mais antigos, a denominação é devida a uma bica d'água localizada próxima a estrada onde hoje fica a BR-376, e que era procurada pelos viajantes para matar a sede.

Imbituva: s. f. município de Imbituva PR, vocábulo indígena que significa cipóal, "lugar de muito imbé". Da língua tupi *imbé*: espécie de cipó da família das aráceas pertencentes ao gênero *Philodendron*; e *tyba*: grande quantidade, abundância.

Irai: s. m. **1** *angios* m.q. cana-do-rio (*Gynerium sagittatum*) **2** *ent* abelha social (*Nannotrigona testaceicornis*), da subfam. dos meliponíneos, coloração geral preta com pilosidade grisalha, não medindo mais de 4 mm de comprimento; camuengo, jataí-mosquito, jataí-preta, jati-preta, mombuca, mumbuca, mumbuquinha, tuiú-mirim, tujumirim [De comportamento tímido, exala cheiro agradável e produz bom mel.] Etimologia tupi *\*ira'i*, de *ira* 'mel' e *i* 'água'

Irati: s. m. município de Irati PR

Iratim: s. f. B *ent* m.q. iraxim (*Lestrimelitta limao*) Vozes v. e subst.: zumbir; subst.: zumbido

Ita: s. m. B embarcação que transportava tanto carga quanto passageiros entre o norte e o sul do Brasil Etimologia el. inicial de *Itaquatiara*, *Itanajé*, *Itapajé*, *Itapé*, *Itaquicé*, *Itassucé*, navios da antiga Companhia Nacional de Navegação Costeira Paronímia *itá*(s.f. e s.m.) e *itã*(s.f.)

Itajuba: s. f. B angios m.q. moreira (*Maclura tinctoria*) Etimologia tupi

Itajubá: s. f. pedra amarela (ita, ajubá)

Itatiba: s. f. muita pedra, abundância de pedras (tiba)

Itaúna: s. f. B nome por que são conhecidas diversas rochas de coloração negra, como o basalto, o diabásio, o diorito etc. Etimologia tupi *i'ta* 'pedra' + tupi *'una* 'negro'

Itaúna: s. f. do tupi, pedra preta (ita, una)

Itaipu: s. m. do tupi, rio barulhento das pedras

Itajaí: s. m. vem de *taiaí* e *y* rio: rio do taiaí. Itajahy, grafado em mapas antigos tacahug, tojahy, tucuary, taiahug, tayahug ou tajaiye

Itajaí Açú: s. m. do tupi, Itajaí grande, rio oceânico que vem de Rio do Sul ao litoral desaguardo entre Itajaí e Navegantes SC

Itajaí Mirim: s. m. Itajaí pequeno, formador do rio Itajaí Açú

Itaparica: s. f. agr certa variedade de manga Gramática e Uso empr. tb. apositivamente Etimologia top. *Itaparica* (tupi *i'ta* 'pedra' + *pa'ri* 'curral, recifes')

Itaparica: s. f. pedra faiscante, pederneira

Itapetininga: s. f. top. *Itapetininga* (do tupi *ita'pe[ba]* 'laje' + *tinga* 'seco' = 'laje seca' [VocTG]; TupGN sugere *y-t-apé-tinga* 'o caminho de água ou o vau seco, o passo raso')

Itapetiningano: adj. e s. m. (1770) relativo a Itapetininga SP ou o que é seu natural ou habitante *Itapetininga* + *-ano*

Itapeba: s. f. B N. recife de pedra que acompanha as margens de um rio Etimologia tupi *i'ta* 'pedra' + tupi *'pewa* 'chato, plano, achatado' Sinônímia e Variantes itapeva

Itapeva: s. f. (1889) B N. m.q. itapeba

Itapirapuã: s. m. top. (do tupi *'ita* 'pedra' *'pira* 'peixe' *'puã* = "peixe da pedra redonda". O município de Itapirapuã Paulista foi criado em 12 de março de 1992, chamando-se somente Itapirapuã. Havia sido distrito do município de Ribeira, com sede no povoado de Ribeirãozinho e território desmembrado desse município e do distrito-sede de Apiaí, condição assumida em 30 de novembro de 1944.

Itapura: s. f. município de Itapura SP, margem esquerda do rio Paraná, onde recebe as águas do rio Tietê. O município foi uma colônia militar construída nas proximidades do Salto de Itapura em meados do século XIX (1858) pelo governo imperial, próximo à foz do Tietê. A Colônia Militar de Itapura deixou de ter importância estratégica após a Guerra do Paraguai, além do que o acesso à mesma era de grande dificuldade, possível apenas pelo Tietê.

Itararé: s. m. B S. córrego subterrâneo através de rochas calcárias Etimologia segundo TupGN e VocTG, tupi *i'tá-ra're* 'pedra escavada, oca'; bica que corre por cima ou por baixo de uma rocha

Ivaí: s. f. angios m.q. cerejeira-do-rio-grande (*Hexachlamys edulis*) Etimologia segundo VocTP, 'o rio das frutas' < tupi *i'wa* 'fruta' + tupi *i* 'água, rio'; ver *iba*

Jataí: s. m. (1763) angios **1 B** design. comum a várias plantas, de diferentes gên., da fam. das palmas **1.1** palmeira de até 12 m (*Butia yatay*), nativa das planícies arenosas do Brasil (PR ao RS), Argentina, Paraguai e Uruguai, com estipe de que se extrai fécula (a farinha de jataí), folhas penatífidas, verde-acinzentadas, inflorescência com duas espadas e drupas ovoides, us. para a produção de álcool, com sementes vermífugas e de que se extrai óleo alimentar; butiá, butiazeiro, coqueiro-jataí, iataí, iati **1.2** m.q. jataí-guaçu (*Syagrus paraguayensis*) **2** m.q. jatobá ('designação comum') **3** m.q. muirajuba (*Apuleia leiocarpa*) Etimologia segundo DHPT, do tupi *yeta'i* 'planta que fornece madeira'; TupGN e VocTG registram o voc. tupi *ya-atã-yba* contrato em *ya-atã-y* 'a árvore de fruto duro'; f.hist. 1763 *jatai* <sup>2</sup> jataí s. f. (1789) ent **1** abelha social (*Tetragonisca angustula*) da subfam. dos meliponíneos, de ampla distribuição brasileira; apresenta cabeça e tórax pretos, abdome escuro e pernas pardacentas, mede até 4 mm de comprimento; abelha-ouro, jataí-amarela, jati, mosquitinha-verdadeira, sete-portas, três-portas [Produce apreciado mel claro e de aroma suave, porém escasso.] **2** m.q. abelha-mosquito (*Plebeia droryana*) Etimologia tupi *yate'i* 'espécie de abelha'; TupGN registra o tupi *ya-tĩ* 'o indivíduo branco; a branca; casta de abelhas'; f.hist. 1789 *gitaí*, 1817 *getahy*, 1863 *jatahi* Vozes v. e subst.: zumbir; subst.: zumbido

Juriti: s. f. (1587) B orn **1** design. comum às aves columbiformes da fam. dos columbídeos, esp. dos gên. *Leptotila* e *Geotrygon*; jeruti, juruti **1.1** ave (*Leptotila verreauxi*) que ocorre do sul dos Estados Unidos até a Argentina e quase todo o Brasil, em matas, capoeiras, cerrados e pomares; de até 26,5 cm de comprimento, plumagem marrom, peito claro, cabeça cinzenta e região perioftálmica azul; juriti-pupu **1.2** ave (*L. rufaxilla*) que ocorre da Venezuela à Bolívia até a Argentina e em grande parte do Brasil, no interior de matas; com cerca de 25 cm de comprimento, plumagem marrom-avermelhada, testa clara e região perioftálmica vermelha; juriti-da-mata-virgem, juriti-gemeadeira, juriti-grande Etimologia tupi *yuru'ti* 'ave columbiforme'; f.hist. 1728 *juriti*, 1730 *juriti*, 1781 *juritiz*, 1857 *juryty* Vozes v. e subst.: arrular, gemer, soluçar; subst.: arrulho, gemido, soluço

Jurumirim: s. m. município de Jurumirim SP top. do tupi *juru* salto *mirim* pequeno, denominação da usina hidrelétrica em aproveitamento do potencial energético do salto.

Mantiqueira: s. f. de coisa que verte, vertente. Serra da Mantiqueira, maciço entre os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro de onde vertem os rios Piranga, principal formador do rio Doce, e o Rio Grande, este formador do rio Paraná ao se juntar ao rio Paranaíba.

Mogi Guaçu: s. f. município de Mogi Guaçu SP, do tupi antigo *mo'i'ygûasu*, que significa "grande rio das cobras" (*moîa*, "cobra + 'y, "rio" + *ûasu*, "grande"),<sup>[5]</sup> referindo-se ao Rio Mojiguaçu. Ao longo dos anos, a grafia *M'Boijy* foi alterada para *Boigy*, depois para *Mogy*, *Mogi* e finalmente para *Moji*; rio Mogi Guaçu. Nos termos da nova reforma ortográfica, a grafia correta do município seria *Mojiguaçu*, pois prescreve-se o uso da letra J para palavras de origem tupi-guarani Contudo, mesmo que em desacordo com as normas ortográficas vigentes no país desde 1943 e desde o Acordo Ortográfico de 1990, foi oficializada, em 1999, a grafia "Mogi Guaçu" para o município.

Mogi Mirim: s. f. município de Mogi Mirim SP, do tupi antigo *moí'ymirim*, que significa "pequeno rio das cobras" (*moía, mboía*, "cobra" + 'y, "rio" + *mirim*, "pequeno").<sup>1</sup>rio Mogi Mirim

Nhundiaquara: s. m. rio oceânico que banha o município de Morretes PR e deságua diretamente na Baía de Paranaguá, litoral do Paraná.

Nonada: s. f. (1562-1575 cf. PaivSerm) ninharia, insignificância (*cortaram relações por uma n.*) **de n.1** de pouca valia ou monta (*objetos de n.*) **2** sem mérito; insignificante (*casou-se com um rapazinho de n.*) Etimologia não + nada; f. hist.. 1716 *nonnada* (...)

Ocoí: s. m. afluyente à margem esquerda, imediato ao barramento do Lago de Itaipu

Papanduva: s. f. município de Papanduva SC, caminho das tropas de muares do Rio Grande do Sul até a Feira de Sorocaba, preferido como um de seus pontos de *pouso* e *sesta*, onde acampavam. Existia no local um tipo de pastagem denominado *papuã*, que chamavam *papanduva*, origem do nome do município.

Paracanã: s. de dois gêneros etnol indígena pertencente ao grupo dos paracanãs adjetivo de dois gêneros relativo a paracanã ou aos paracanãs **paracanãs**: s. m. plural etnol **1** grupo indígena que habita entre os rios Tocantins e Xingu PA (Áreas Indígenas Apyterewa e Parakanã) etnm.br.: *Parakanã*; cf. *aquaua*

Paracanã: tribo indígena encontrada durante a construção da UHE de Tucuruí

Paraguaçu: s. m. MT mastzoo m.q. parauacu Etimologia do tupi *pa'ra gwa'su* 'mar grande, o oceano', ou ainda *para'gwa wa'su* 'coroa grande, cocar vistoso' [TupGN], nome da Índia que se casou com Caramuru

Paraguai: s. m. paraguá B orn m.q. maitaca-roxa (*Pionus fuscus*) Etimologia em TupGN, *paraguá-y* 'rio dos papagaios'

Paraíba s. m. (1): *paraiwa* - rio ruim - rio que não se presta à navegação (imprestável) - (para-iba); Paraíba s. f. (2): *parabiwa* - madeira inconstante (variada); Paraíba: s. de dois gêneros, nome do Estado da Paraíba, do tupi "rio ruim"

Paraibuna: s. m. município de Paraibuna SP, do tupi "rio escuro e que não serve para navegar", "rio ruim e escuro"

Paraitinga: s. m. do tupi "rio ruim e claro". São Luiz do Paraitinga, município do estado DE São Paulo, onde nasceu Oswaldo Cruz em 5 de agosto de 1872, razão porque o dia 5 de agosto é o dia da saúde no Brasil! Oswaldo Cruz faleceu em 11 de fevereiro de 1917, com apenas 44 anos e meio em Petrópolis, tendo sido seu primeiro prefeito.

Paraitunga: s. m. designação dada aos paracanãs pelos assurinis

Paraná: s. m. AMAZ **1** braço de um rio caudaloso, separado do curso principal por uma ou várias ilhas **2** canal entre dois rios Etimologia tupi *para'nã* '(rio) semelhante ao mar'

Paranaguá: s. f. município a 90 Km de Curitiba top. *Paranaguá* do tupi, enseada de mar

Parnanguara: adj. e s. de dois gêneros (1648) relativo a Paranaguá PR ou o que é seu natural ou habitante Etimologia top. *Paranaguá*, com síncope e nasalização, em derivação incomum

Paranaíba: s. m. do tupi "formador do rio paraná" ou "rio grande e ruim"

Paranapanema: s. m. município de Paranapanema SP (1944) top. *Paranapanema* (do tupi *para'nã* 'rio caudaloso, semelhante ao mar' + *pa'nema* 'ruim')

Paranapiacaba: s. f. município de Paranapiacaba SP, de onde se avista o mar, nome pelo qual é conhecida parte da Serra do Mar

Paranoá: s. m. rio formador do Lago Paranoá em Brasília DF, do tupi “enseada fluvial”, variante de paranaguá

Paraopeba: s.m. top. *Paraopeba* (do tupi *pa'ra* 'rio' + *u'paba* 'lagoa'; 'lagoa de rio' ou, segundo TupGN, *u'peba* 'raso')

Paraopebense: adj. e s. de dois gêneros (1911) relativo a Paraopeba MG ou o que é seu natural ou habitante

Passaúna: s. m. rio formador da Represa do Passaúna que banha o oeste de Curitiba PR

Pelotas: s. de dois gêneros, masculino ao denominar o rio que faz a divisa do Rio Grande do Sul com Santa Catarina e feminino como município de Pelotas RS. O nome "Pelotas", teve origem nas embarcações de varas de corticeira forradas de couro, usadas para a travessia dos rios na época das charqueadas. A Freguesia de São Francisco de Paula, fundada em 7 de Julho de 1812 por iniciativa do padre Pedro Pereira de Mesquita, foi elevada à categoria de Vila em 7 de abril de 1832. Três anos depois, em 1835, a Vila é elevada à condição de cidade, com o nome de Pelotas. Nos primeiros anos do século XX, o progresso foi impulsionado pelo Banco Pelotense, fundado em 1906 por investidores locais. Sua liquidação, em 1931, foi nefasta para a economia local. A Lei Complementar Estadual número 9184, de 1990, criou a *Aglomeración Urbana de Pelotas*, que em 2001 passou a se denominar *Aglomeración Urbana de Pelotas e Rio Grande*, e em 2002, *Aglomeración Urbana do Sul*. Esta caracteriza-se por proporcionar uma forte integração entre os municípios que a constituem e é o embrião de uma futura região metropolitana. Integram-na os municípios de Arroio do Padre, Capão do Leão, Pelotas, Rio Grande e São José do Norte, que totalizam uma população aproximada de 600.000 habitantes.

Pernambuco: s. m. top. Estado de Pernambuco Etimologia *Pernambuco* é do tupi *para'nã* 'rio caudaloso' e *pu'ka*, gerúndio de *pug*, 'rebentar, estourar, furar-se, ser furado, arrombado'; segundo Nasc, esse étimo confirma-se em inúmeros autores, dentre os quais frei Rafael de Jesus, em *Castrioto lusitano* "... uma abertura à qual os naturais chamam pernambuco, que, em sua língua, é o mesmo que pedra furada ou buraco que fez o mar de que se forma a garganta da barra"; frei Vicente do Salvador, em *História do Brasil*, "... Pernambuco, que quer dizer mar furado, em respeito a uma pedra furada por onde o mar entra, a qual está vindo da ilha de Tamaracá"; D. Francisco Manuel de Melo, *Epanáforas*.

Pernambucano: adj. e s. m. (1535) relativo a Pernambuco, estado do Brasil, ou o que é seu natural ou habitante *Pernambuco* + *-ano*; por sua vez Homonímia pernambucana(f.)/*pernambucana*(s.f.); Casas Pernambucanas

Piquiri: s. m. rio afluente da margem esquerda do Paraná, origem indígena: *piquiri* rio de peixe pequeno; município de Alto Piquiri PR

Pirai: s. m. (1875) 1 azorrague feito de couro cru 2 entre indígenas, peixe de pequeno tamanho Etimologia tupi *\*pira'i*; embora AGC registre este étimo no Dicionário Etimológico Nova Fronteira, em DHPT o mesmo autor põe em dúvida a orig. tupi; TupGN consigna *pirá-y* 'o rio do peixe'; f.hist. 1875 *pirahy*, 1946 *pirai* Sinônímia e Variantes ver sinônímia de

*chicote* Paronímia *pirai*(fl.pirar)

Piraju: s. m. B ict m.q. dourado (*Salminus brevidens*, *Salminus maxillosus*) f. não pref.: *piraiú*  
Etimologia prov. alt. de *pirajuba*

Pirajuba: s. f. (1587) B ict m.q. dourado (*Salminus maxillosus*) Etimologia tupi *pira'yuwa* 'peixe da família dos caracídeos, dourado' < tupi *pi'ra* 'peixe' + *yuba* 'amarelo': 'peixe amarelo, donde dourado'

Pirapó: s. m. afluenta da margem esquerda do rio Paranapanema, em língua tupi-guarani significa "salto do peixe", certamente devido a abundância de peixes que havia no passado e que saltavam as cachoeiras. Salto do rio Ijuí, RS, cujo cenário tornava-se mais belo na época das piracemas, reduto predileto dos índios guaranis, atualmente localizado no município de Roque Gonzales.

Pirapora: s.f. município de Pirapora MG top. *Pirapora* (do tupi *pi'ra* 'peixe' + *'pora* 'estar cheio')

Piraporense: adj. e s. de dois gêneros (1911) relativo a Pirapora MG ou o que é seu natural ou habitante Etimologia top. *Pirapora* (do tupi *pi'ra* 'peixe' + *'pora* 'estar cheio') + *-ense* <sup>2</sup>  
piraporense adj. e s. de dois gêneros (1892) relativo a Pirapora do Bom Jesus SP ou o que é seu natural ou habitante

Piratini: s. m. município de Piratini RS, do tupi “peixe seco”. Piratini foi a capital da República Farroupilha, revolução separatista de 1835

Pitangui: s.m. angios m.q. pitangueira (*Eugenia sulcata*)

Potinga: s. m. rio que banha a porção centro sul do estado do Paraná, afluenta da margem direita do Rio Iguaçu, bacia hidrográfica do Paraná

Saí: s. m. (1569) monge budista; Bonzo Etimologia vietnamita *sãi* 'guarda, porteiro'; f.hist. 1569 *sazes*, 1650 *say*, 1694 *sai* Homonímia *sai*(fl.sair) Paronímia *sai*(fl.sair); saís(pl.)/ *sais*(fl.sair e pl.sal[s.m.]) <sup>2</sup> saí s.m. (1587) orn **1** m.q. saíra ('designação comum') **2** m.q. cambacica (*Coereba flaveola*) Etimologia tupi *sa'i* lit. 'olho(s) pequeno(s)', us. como 'designação genérica de vários pássaros' e, p.ext., 'designação de algumas espécies de macacos'; f.hist. 1587 *sai*, c1594 *caijs*, 1610 *saí*

Sapucaí: s. m. angios m.q. sapucaia-mirim (*Lecythis angustifolia*) Etimologia tupi *sapuka'i* 'rio das sapucaias'

Sapucaia: s. f. (1574) angios **1** design. comum a diversas plantas da fam. das lecitidáceas, esp. a árvores do gên. *Lecythis*, com pixídios de que se fazem cuias e objetos de adorno, e que prendem as patas dos macacos que lhes tentam tirar as sementes doces e comestíveis (o que deu origem ao ditado 'macaco velho não mete a mão em cumbuca') **1.1** árvore de até 30 m (*Lecythis pisonis*), com madeira nobre, dura, resistente, pardo-avermelhada, folhas róseas quando novas ou marginadas de tom róseo, flores lilacéneas, odoríferas, e pixídios grandes, com sementes elipsoides, oleaginosas e saborosas; castanha-do-mato, castanha-sapucaia, cumbuca-de-macaco, marmitta-de-macaco, quate-tê, sapucaia-de-castanha, sapucaieira, sapucaieiro [Nativa do Brasil (CE a RJ, esp. BA e ES), acha-se entre as mais típicas árvores da mata atlântica, e tb. é muito cultivada como ornamental.] **1.2** árvore (*L. grandiflora*) nativa da Amazônia, com tronco de até 9 m, madeira nobre, folhas ovadas, flores com corolas duríssimas, axilares ou terminais, e sementes coriáceas, com núcleo doce, comestível, e usos medicinais e industriais; panela-de-bugio, sapucaia-de-flor-grande **1.3** árvore (*Couroupita crenulata*) nativa do Brasil

(BA a RJ), de folhas ovadas e flores em racemos terminais **1.4** m.q. tucari (*Lecythis nana*) Etimologia no DHPT, tupi *yasapu'kaya* 'planta da família das lecitidáceas', com el. final *-aia*, não esclarecido; para Nasc, tupi *iasapuka'i* 'fruto que provoca salto do olho', pois a cápsula do fruto poca, arrebenta, deixando cair as sementes, ligado a *e'sa* 'olho' e *'poka* 'que estoura, estala'; f.hist. 1574 *zabuci*, 1576 *zabucães*, 1579 *zabucaya*, 1663 *sapucayas*, 1720 *sapucaya*, 1720 *çapucaya*

Sertanejo: adj. (1663) **1** relativo ao, originário ou próprio do sertão ou da gente do sertão, da zona rural < *tapera s.* > < *música s.* > < *a proverbial desconfiança s.* > **2** que se situa no interior, que está longe da costa < *povoações s.* > **3** p.ext. sem maiores acabamentos ou processos de industrialização; grosseiro, rústico < *queijo s.* > adj. e s. m. **4** que ou aquele que habita o sertão < *populações s.* > < *os s. de Pernambuco* > **4.1** que ou aquele que vive em povoações rurais, no campo, na roça, esp. os de pouca instrução e de convívio e hábitos rústicos Etimologia *sertão* sob a f. *sertan-* + *-ejo*; ver *sertan-* Sinônimia e Variantes ver sinonímia de *caipira* Antonímia ver antonímia de *caipira* Homonímia *sertanejo* /ê/ (fl.sertanejar); *sertaneja* /ê/ (f.)/ *sertaneja* /ê/ (s.f. e fl.sertanejar)

Sorocaba: s.f. (1654) município a 90 km de São Paulo top. *Sorocaba* do tupi *soro'kaba* 'ruptura, rasgão', prov. em alusão às fendas do solo em torno da cidade - terra rasgada – pode ser corruptela de vossoroca!; sorocaba: rasgadura (da terra)

Sorocabana: adj. e s. m. o que é natural ou habitante de ou relativo a Sorocaba SP *Sorocaba* + *-ana* Estrada de Ferro Sorocabana, EFS com dois ramais a Alta Sorocabana, que conecta São Paulo com a Bolívia e o ramal de Itararé que conecta com Uruguai e Argentina

Tapiracui: s. m. ribeirão afluente do rio Ivaí, faz a divisa de Nova Olímpia com <sub>2</sub> municípios do estado do Paraná, restantes da ocupação territorial da Mata Pluvial Tropical, que se estendia por todo o Noroeste do Paraná, com belíssimos exemplares de cedro, peroba, pau-marfim, alecrim, ipê-roxo e outros)

Taquaruçu: s. m. (1856) angios **1** planta (*Chusquea gaudichaudii*) da fam. das gramíneas, nativa do Brasil (SP ao RS), de colmo arborescente, us. para ripas, papel e obras trançadas, folhas lanceoladas e panículas compostas; bambu-gigante, bambu-trepador, taquara-brava **2** m.q. canaflecha (*Chusquea pinifolia*) **3** m.q. taboca-gigante (*Bambusa superba*) **4** m.q. taquari (*Merostachys claussoni*) **5** m.q. taquara-trepadora (*Chusquea oligophylla*) Etimologia tupi *takwaru'su* < *ta'kwara* 'taquara' + *u'su* 'grande'; f.hist. 1872 *taquarussú*, 1918 *taquarussus*

Tibagi: s. m. município de Tibagi PR; O termo é referência ao Rio Tibagi, que nasce nos Campos Gerais, corta o território municipal e joga suas águas no Rio Paranapanema. Etimologicamente é denominação de origem Tupi, "Tibagy": o rio do pouso, o rio da parada. Rio encachoeirado de alto potencial energético.

Tietê: s. m. (1889) B orn **1** m.q. ferro-velho (*Euphonia pectoralis*) **2** m.q. tizio (*Volatinia jacarina*) Etimologia segundo Nasc, do tupi *tie'te*, tupi *ti'ye* 'o pássaro' + *e'te* 'verdadeiro, legítimo'; ver *-etê* Paronímia *tiete*(fl.tietar); maior rio do estado de São Paulo, cruza todo o território paulista de leste a noroeste, rio verdadeiro

Tieteense: adj. e s. de dois gêneros (1867) relativo a Tietê SP ou o que é seu natural ou habitante <sup>2</sup> tieteense adj. e s. de dois gêneros (1944) relativo a Mineiros do Tietê SP ou o que é seu natural ou habitante Etimologia top. *Tietê* ou Mineiros do *Tietê* (ver em *tietê*) + *-ense*

Tiriba: s. m. (a1667) B orn **1** design. comum às aves psitacíformes da fam. dos psitacídeos, gên.



*Pyrrhura*, de plumagem verde e cauda longa, pontiaguda ou cuneiforme; fura-mato, periquito-tapuia, tiribaí, tiribinha, tiriva **1.1** ave florestal (*Pyrrhura cruentata*), restrita à zona litorânea, do sul da Bahia ao Rio de Janeiro, de até 29 cm de comprimento, vértice e nuca negros, loros e bochechas avermelhados, pescoço amarelo-ferrugíneo e peito azulado; cara-suja, fura-mato-grande, tiriba-grande [Espécie ameaçada de extinção.] **1.2** ave florestal (*P. frontalis*) encontrada da Bahia ao Rio Grande do Sul, Uruguai, Paraguai e Argentina; de até 27 cm de comprimento, com região auricular parda e face branca, fronte, abdome e inferior da cauda vermelhos; cara-suja, tiriba-de-testa-vermelha **1.3** ave de matas secas (*P. molinae*) que ocorre na Bolívia, no Paraguai, na Argentina e em parte do centro-oeste do Brasil; com até 27 cm de comprimento, alto da cabeça pardo e cauda com parte superior vermelha; cara-suja, tiriba-de-cara-suja, tiriba-verde **1.4** ave (*P. leucotis*) que ocorre localmente na Venezuela e no Brasil médio-oriental e central, de até 21 cm de comprimento, face marrom com nódoa auricular esbranquiçada; fura-mato-pequeno, querequetê, tiriba-de-orelha-branca, tiriba-pequeno **1.5** ave de mata ribeirinha (*P. picta*) que ocorre das Guianas e Colômbia ao norte de Mato Grosso e Tocantins e no Maranhão, com cerca de 23 cm de comprimento, fronte azul, nódoa auricular amarela e mancha negra no peito; marrequém-do-igapó, tiriba-de-testa-azul, tiriba-pintado, quetua Etimologia tupi \**ti'riwa* 'ave do gên. *Pyrrhura*'; ocorre tb. sob a f. *tiribaí*; f.hist. a1667 *tiriuo*, 1928 *teriba*<sup>2</sup> tiriba s. m. angios m.q. itapiúna (*Callisthene major*) Etimologia orig.obsc.; prov. tupi

Tatuquara: bairro ao sul da cidade de Curitiba PR

Tupi (1): s. m. povo indígena que habita(va) o Norte e o Centro do Brasil, até o rio Amazonas e até o litoral (2): \*\*um dos principais troncos linguísticos da América do Sul, pertencente à família tupi-guarani

Tupi-guarani: s. m. uma das quatro grandes famílias linguísticas da América do Sul tropical e equatorial; indígenas pertencentes a essa família

Uberaba: s. f. município de Uberaba MG top. *Uberaba* (do tupi *y* 'água, rio' + *beraba* 'brilhante' = 'água brilhante'); água brilhante. Uberaba de Cima, bairro de Curitiba PR

Uruguai: s. m. República Oriental do Uruguai (República Oriental del Uruguay) top. *Uruguai* é de orig. guarn. e de signif. impreciso ('rio dos caracóis' e 'água profunda' são os signif. mais aceitos); o nome designou inicialmente o rio e, em seguida, a região e o país; em geógrafos e cartógrafos do sXVI aparecem as grafias *Uray*, *Uruguay*, *Huruay*, *Oroy*; a f. *Uruguay* é registrada em 1700 pelo geógrafo francês Guillaume Delisle (1675-1726) e, em 1769, pelo poeta brasileiro José Basílio da Gama (c.1741-1795); o esp. *Uruguay* é adotado internacionalmente, exceto no port. mod., no qual o voc. se grafa Uruguai

Uruguaiano: adj. e s. m. (*sXVIII*) relativo à República Oriental do Uruguai (República Oriental del Uruguay), ou o que é seu natural ou habitante *Uruguai* + o Sinônímia e Variantes uruguaiano (p.us.)

Uruguaiana: adj. e s. f. município de Uruguaiana RS, situada no extremo ocidental do estado, junto à fronteira fluvial com a Argentina e Uruguai. Pertence à microrregião da Campanha Ocidental, na mesorregião do Sudoeste Rio-Grandense. Tem grande importância estratégica, sendo localizada equidistante de Porto Alegre, Montevidéu, Buenos Aires e Assunção; ostenta a liderança na produção nacional de arroz. É a única cidade originada do movimento farroupilha Sua emancipação ocorreu em 29 de maio de 1846, quando desvinculou-se do município de Alegrete. Perto de sua emancipação, alguns viajantes da época relatam ter encontrado, no local, não uma cidade brasileira, mas sim uma hispano-francesa em suas

relações de vida e comércio, apoiadas naquele tempo mais em Buenos Aires e Montevideu do que Porto Alegre. Ao emancipar-se e desenvolver-se, do outro lado da costa do rio Uruguai também se emancipou Paso de Los Libres, município localizado na província de Corrientes, Argentina.

Xambrê: s. m. município de Xambrê PR, situado no terceiro planalto paranaense, mesoregião Noroeste do Paraná do IBGE

Xavante: s. m. xavante s. de dois gêneros (1817) etnol indígena pertencente ao grupo dos xavantes s. m. ling língua do ramo aquém, falada por esse grupo adj. de dois gêneros relativo a xavante (acp. 1 e 2) ou aos xavantes **xavantes**: s. m. plural etnol **1** grupo indígena que habita o leste de Mato Grosso (Reservas Indígenas Areões, Marechal Rondon, Parabubure, Pimentel Barbosa, São Marcos; Áreas Indígenas Areões I, Areões II, Maraiwatsede, Sangradouro/Volta Grande; Terras Indígenas Chão Preto, Ubawawe) e o noroeste de Goiás (Colônias Indígenas Carretão I e Carretão II) etnm.br.: *Xavante* Etimologia f.hist. 1817 *chavante*, 1853 *chavantes*; a datação é para o s.m.pl. (*gentio xavante*)<sup>2</sup> xavante adj. e s. de dois gêneros (1917) relativo a Xavantes SP ou o que é seu natural ou habitante; xavantense, xavantino Etimologia top. *Xavante(s)* [de *xavante*, tribo indígena]

Xingó: s. m. ict m.q. cangoá (*Stellifer rastrifer*) Etimologia prov. Indigenismo Paronímia *xingo*(s.m. e fl.xingar) cangoá s. m. B ict **1** peixe teleosteo perciforme, da fam. dos cienídeos (*Stellifer rastrifer*), costeiro e marinho, encontrado da Colômbia ao Sul do Brasil, de até 25 cm de comprimento, cinza-prateado com dorso mais escuro e nadadeira caudal lanceolada; cabeça-dura-focinho-de-rato, cabeça-dura-prego, canguangá, canguá, roncador, xingó [Espécie abundante nos arrastos de pesca comercial, mas com pouco valor no mercado.] **2** m.q. oveva (*Larimus breviceps*) **3** m.q. canguá (*Bairdiella ronchus*) **4** m.q. maria-luísia (*Paralonchurus brasiliensis*) Etimologia orig.obsc., prov. do tupi

Zika virus: s. m. vir arbovírus transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti arbovírus* s. m. de dois números - sing. e plural - (1957) qualquer um dos diversos vírus transmissíveis por artrópodes, como os vírus causadores da dengue, da febre amarela e de encefalites Etimologia ing. *arbovirus* (1957) 'id.', de *ar(thropod)* 'artrópode' + *bo(rne)* 'levado por' + *virus*.

## ANEXO A – Apresentação Memorial

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Armando Martinho Bardou Raggio

**Do APIAÍ ao PARANOÁ!**

Memorial descritivo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola FioCruz de Governo como requisito para obtenção do título de Notório Saber em Saúde Pública

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

Brasília-DF, 14 de dezembro de 2015

**Da foz do rio Apiaí ao rio Itapetininga**



**Fonte:** Google Maps

O Rio Apiaí Guaçu possui suas nascentes nas proximidades da cidade de Apiaí, na Serra Água Limpa com altitudes superiores a 1000 metros, no Bairro Roseira. Da nascente segue em direção nordeste (30°) do estado de São Paulo, depois seguindo para o norte passa pelo município de Itapeva, novamente desvia-se para nordeste (60°), e no município de Buri, a montante da cidade, recebe na margem direita as águas do seu maior afluente rio Apiaí Mirim. Após receber águas do ribeirão Enxovia, seu curso passa a ser limite entre os municípios de Paranapanema e Buri. No extremo norte do município de Buri, deságua na margem esquerda do rio Paranapanema na localização geográfica, latitude 23°34'13" sul e longitude 48°36'23" oeste, abaixo da ponte conhecida como dos Gaúchos!



Fonte: Correio de Itapetininga, 2014.

**Instituto Estadual de Educação Peixoto Gomide**  
Curso Ginásial, 1961 a 1964 e Curso Científico, 1965 a 1968  
Itapetininga-SP

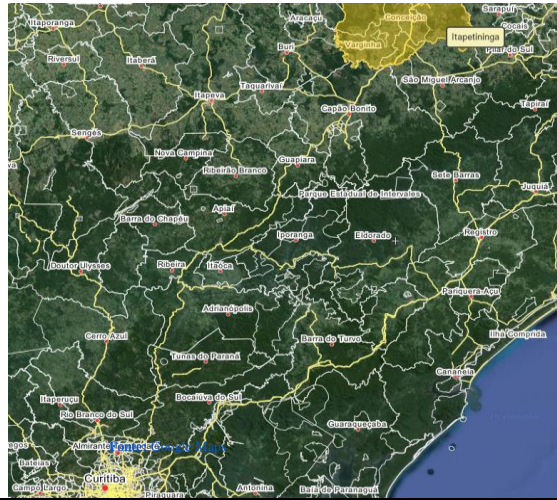


Família Raggio Barbard: Tio Pedro abraçado por Ricardo - o primo prefeito - abraçando a filha Marina, ao lado da tia Alice, esposa do tio Pedro, entre Marina e sua mãe Maria. A minha frente filhas de tia Alice e tio Pedro, Maria Augusta e Maria Alice, esta com a filha Jamile abraçada e a filha Giovana à direita atrás da sobrinha Janete, atrás de Rafael, sentado, irmão de João em frente ao avô tio Pedro, ambos filhos de Maria Alice, também... Atrás de Maria Alice, Laury e sua irmã Lia Carla, netos da tia Carmem!

Aniversário de 85 anos do tio Pedro (04/07/1927) e de 80 anos da tia Carmem (09/07/1932)

Itapetininga, 7 de julho de 2012

## DO ITAPETINGA AO IGUAÇU



Fonte: Eberth, 2015.

### Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Graduação em Medicina, 1971 a 1976; Residência Médica em Anatomia Patológica, 1977 a 1979.

**Saúde Para Todos até o ano 2000!  
Declaração de Alma Ata  
1978**

Da Medicina Preventiva à Atenção Primária à Saúde

As Unidades de Saúde dos Centros e Núcleos Sociais Urbanos

A Unidade de Saúde Uberaba de Cima  
A Unidade de Saúde da Vila Nossa Senhora da Luz

**O Posto Médico Comunitário da Vila São Pedro**  
A Unidade de Saúde Santa Amélia  
A Unidade de Saúde Santo Inácio  
A Unidade de Saúde Maria Polenta

Proposta de Ação Conjunta PMC + Saza Lattes + SESA + INAMPS  
Programa Nacional de Cuidados Básicos de Saúde  
PREV-SAÚDE



Fonte: Paulo Carneiro, 2015.



“No centenário da imigração da Família de Giuseppe Trevisan, a homenagem de parentes à Maria Trevisan Tortatto que dedicou sua vida a servir ao próximo”.

1892-1992

## Do Iguaçu ao Paraná

Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha

Projeto de Extensão de Cobertura

**Ações Integradas de Saúde**

Encontros Regionais de Saúde

8ª Conferência Nacional de Saúde

### O direito à saúde, mais um direito achado na rua?

José Geraldo de Souza, Maria Célia Delduque

A nova episteme que correspondesse às novas práticas de saúde.

A rotura com o estabelecido

*A praça é do povo, como o céu é do condor*

*Castro Alves*

Giovanni Berlinguer, Michel Foucault, Mário Magalhães da Silveira, Carlos Gentile de Mello,  
Luiz Pereira, Cecília Ferro Donangelo, Hésio Cordeiro, Francisco Machado, Nelson Rodrigues  
dos Santos e outros



### Inauguração do Mini Posto Vila Aeroporto Jacarezinho, 08/12/84

De frente para o público: Diretor Distrito Sanitário de Jacarezinho, Julio Arruda; Prefeito de Jacarezinho, Emanuel; Diretor Administrativo Arnaldo Agenor Bertone e Diretor Superintendente da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, Armando Raggio e o mestre de cerimônia. Unidade de saúde construída com financiamento Projeto de Extensão de Cobertura, PEC/FSCMR/SESA-PR, 1983-1987

## **Do Iguaçú ao São Francisco ao Tietê ao Paraíba do Sul ao Itajaí Açú**

Estudos de Impacto Ambiental de Segredo e Itaparica

**Logos Pró-Saúde**

Companhia Siderúrgica Nacional

**Coordenação de Institutos de Pesquisa - Instituto de Saúde – SESA-SP**

**Assessoria, Diretoria e Coordenação de Programas de Saúde de Curitiba**

Unidade de Saúde 24 Horas > UPA 24 Horas?

**Fundação Universidade Regional de Blumenau**



**Fonte:** CuritibaQuer.com.

Curitiba quer uma saúde eficiente, e não consultas e exames marcados para daqui a meses ou anos.  
Doutor Rosinha, 03/10/2011.



## **CONASEMS**

### **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Vice-presidente e presidente 1993-1994)**

O Paradoxo de Atlanta

Presidente Itamar Franco

O Decreto Fundo a Fundo

Dec. 1232 de 30 de agosto de 1994

### **Secretaria de Saúde de Curitiba 1992, 1993 e 1994**

Nascer em Curitiba Vale a Vida!

A Farmácia Básica Curitibaana

Saúde da Família e Comunidade

## **DO IGUAÇU AO PARANÁ, DE NOVO!**

### **Secretaria de Saúde do Paraná**

Paraná, caminho das águas

Paraná Mais Saúde

Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde

O Protegendo a Vida!

Mortalidade Infantil e Materna

Atenção ao trauma, às urgências e emergências

Consórcio Paraná Saúde

Paraná ingressa na Gestão Plena!

Rede de Hospitais Comunitários

O Novo Laboratório Central

Controle do Câncer do Colo Uterino

## **CONASS**

### **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**(Presidente em 1996)**

Normas Operacionais Básicas

NOB 01/91 NOB 01/92 NOB 01/93 NOB 01/96

NOAS 01/2001 NOAS 01/2002

### **PACTO PELA SAÚDE**

Portaria GM de 21 de fevereiro de 2006

A CPMF para a Saúde

A demissão do Ministro Jatene

Instalação do Piso de Atenção Básica

PAB Fixo + PAB Variável

## **ENDEMIAS, SURTOS E EPIDEMIAS**

### **A erradicação da varíola!**

Cyro de Quadros

Controle da Rubéola Congênita

Sarampo na Região Metropolitana

### **Cólera em Paranaguá: o inimigo do povo?**

Hantavirose em União da Vitória

Febre amarela no Oeste

Malária em São Miguel do Iguaçu

Diarreia em Antonina

Toxoplasmose em Santa Isabel do Ivaí

**V Congresso de Epidemiologia em Curitiba**

## DO PARANÁ AO PARANOÁ



**Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**  
Economia da Saúde, o que é isto?

**Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde**

Coordenação de Pós graduação e Extensão

**Porque o SUS nasceu aqui!**

Relação com as Universidades

**Engenharia da Saúde**

**Viva Brasília!**

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Fonte: Diário Oficial do DF, 06/08/2013



**EAPSUS**  
ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### Saúde de São José dos Pinhais, uma recaída?

Hospital e Pronto Socorro São José

**Concurso Público**

(terreno para nova edificação)

Ampliação do acesso com flexibilização de jornadas de trabalho

Sistema Saúde Escola – Educação Permanente - Residências em Saúde

Cooperação com Faculdades Pequeno Príncipe

Oitava Conferência Municipal de Saúde em 2010

(a nossa oitava!)

Plano Pluri Anual de Saúde

Seis Regionais de Saúde

Afonso Pena - Borda do Campo – Guatupe - Centro – Costeira - São Marcos

Convocação da Nona Conferência para 2011

Ampliação do Conselho Municipal

de 24 titulares e 24 suplentes para 36 titulares e 72 suplentes

Obras em andamento, inclusive edital de locação tipo CEF

Contratualização interna com as Regionais de Saúde

Pedido de demissão em 07 de abril de 2011

**Demissão em 13 de maio de 2011**

## **Hospital Universitário de Brasília, uma Encruzilhada?**

Campanha do Bom Dia!

Abertura do Portão mais próximo ao Ponto de Ônibus

Estacionamento circulação em fluxo contínuo sem retorno pela entrada

Ligação interna com a Clínica Odontológica

A contratação pelo SICAP, uma espécie de RPA, recibados por mais de 10 anos

Grupos de trabalho de Infraestrutura e equipamentos,

Recursos Humanos e Educação Permanente em Saúde

Contratualização com a SES-DF do Plano Operativo Anual: POA 2012-2013

Recursos do REHUF, do Orçamento da União e de Emenda(s) Parlamentar(es)

Aprovação pelo Conselho Universitário para a contratação da Ebserh/MEC

Contrato UnB-Ebserh, 17 de janeiro de 2013

Obras 2012, 2013, 2014 e 2015



**Hospital Universitário de Brasília, HUB 1972-2012  
Contemplados com a Medalha dos 40 anos**

## Saúde de Sorocaba, outra recaída?!

### Reforma Administrativa com 3/6 Regionais de Saúde

Habilitação para coordenadores de unidades de saúde

#### 7ª Conferência Municipal de Saúde

Conferências locais e regionais simultâneas

#### Lei de aumento salarial para médicos e dentistas

Concurso Público sem ampliação das disponibilidades

#### APS x Especialidades x Mais Médicos

Convênio para instalação e operação da Unidade Pré Hospitalar da Zona Leste

UPH Zona Oeste para crianças e UPH Zona Norte para Adultos

#### TAC Sorocaba e Região

Gestão do Hospital Vera Cruz convertido em Polo de Desinstitucionalização

Atenção Bio Psico Social Integrada

Residência Terapêutica na Parada do Alto

CAPS III A Arte do Encontro e outras unidades

Remoção dos moradores do Jardim da Acácias e do Mental de Medicina e

Interdição Definitiva do Teixeira Lima

Demissão em 13 de outubro de 2014

## E o Termo de Ajustamento de Conduta?



O Fórum Popular de Saúde - Sorocaba, esteve presente, dia 28/11 na audiência pública na Câmara Municipal de Sorocaba, para cobrar o Secretário Municipal de Saúde e a representante do Secretário Estadual de Saúde sobre o descaso com a desinstitucionalização da Saúde Mental em nosso município.

<https://pt-br.facebook.com/F%C3%B3rum-Popular-de-Sa%C3%BAde-Sorocaba-469601486447006/>



Equipe da Secretaria de Saúde de Sorocaba



**Tudo é água. Thales de Mileto \*645/624 + 558/556A.C**  
<http://www.estudopratico.com.br/biografia-do-filosofo-thales-de-mileto/>

**ANEXO B – Fotos da Apresentação**

Dr. Jorge Barreto



Prof. Dra. Maria Célia







Banca de avaliação





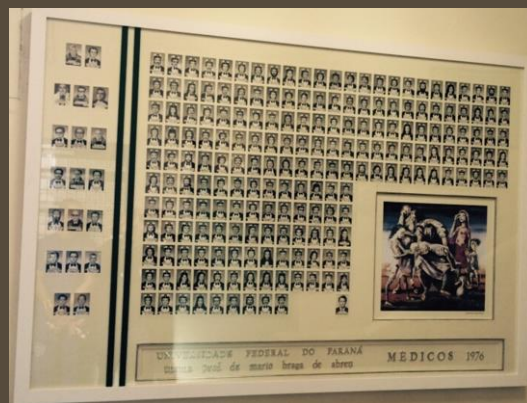




**ANEXO C** – Da Universidade Federal do Paraná à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Casa do Estudante do Paraná, Curitiba, 1970



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ MÉDICOS 1976  
turma professor doutor mário braga de abreu



Armando Martinho Bardou Raggio  
Médico pela UFPR 1976



Hospital de Clínicas  
Universidade Federal do Paraná, UFPR



Diretoria de Saúde de Curitiba  
Homenagem a Maria Polenta, 1980



Estudo de Impacto Ambiental, UHE Itaparica, 1988





Superintendência da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.  
Secretário Luiz Cordonj Jr empossa Armando Raggio, Curitiba, 1983



9º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1993



Posse na Secretaria de Saúde do Paraná, janeiro de 1995



Plenária de gestores da Secretaria, Francisco Beltrão, 1995  
Walter Alberto Pecoits, Diretor Regional de Saúde



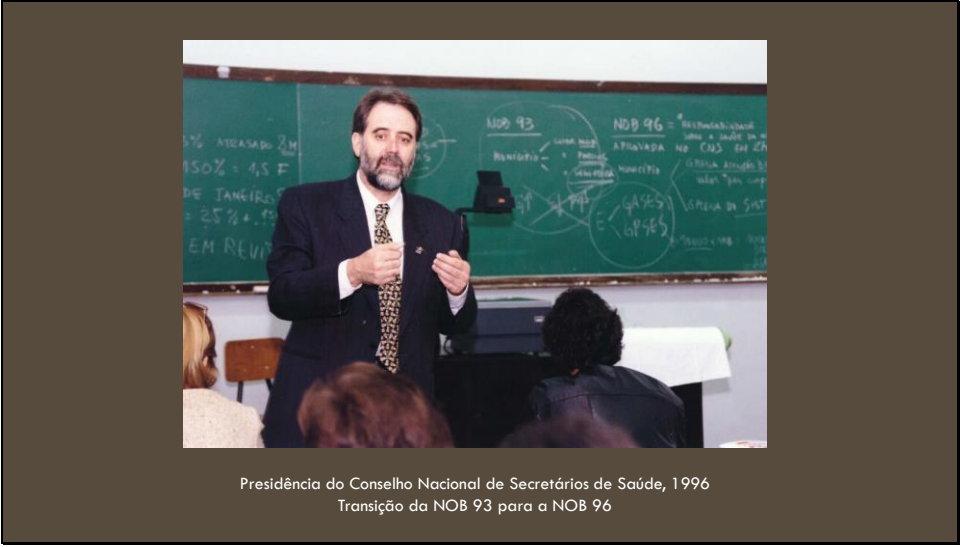
Encontro com o Grupo Cabeças Brancas, Moisés Paciornik, 1995



Programa de governo das gestões Jaime Lerner, 1995-1998 e 1999-2002



21 Projetos para a Saúde do Paraná, 1995-1998





Índio guarani de Mangueirinha com ornamentos de outros grupos.  
Apoio da Saúde ao etno desenvolvimento indígena, 1996



1ª Oficina de Trabalho e Assembleia Ordinária do CONASS, Curitiba, 1996













Ministro Carlos Albuquerque, vice governadora Emília Belinati,  
Armando Raggio e deputado Algaci Tulio, Curitiba, 1997



Reunião do Partido Socialista Brasileiro em Curitiba, 1997



José Rubem, Armando e Jorge Bermudez  
IV Congresso da Sobravime.  
Curitiba, 1997



Visita à Rede de Atenção Primária à Saúde, Castro – PR, 2001



Armando Raggio e Renilson Rehem  
Rede Estadual de Urgência e Emergência - Paraná Urgências, 2001



Prefeito, deputado Luiz Acorsi, Lucio, diretor regional de saúde e Armando  
Campanha de vacinação contra poliomielite à beira do rio Paraná.  
Porto Rico, agosto de 2001

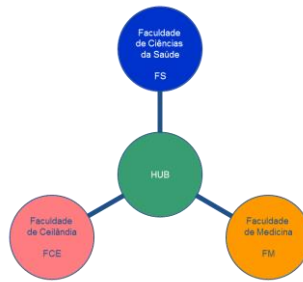


Projeto Economia da Saúde em visita a Londres, 2001



Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais, 2009-2011

2ª REUNIÃO COLEGIADA DA PROPOSTA CONJUNTA DO POA 2012-2013



[www.hub.unb.br](http://www.hub.unb.br)



Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz, Sorocaba, 2014



Manifestação em defesa do CAPS III, Sorocaba, outubro de 2014

## CINE BASAGLIA



**Apresenta: "Bicho de sete cabeças"**

Filme brasileiro inspirado no livro 'Canto dos Malditos', que traz o relato autobiográfico de Austregésila Carrano sobre o dramático período de sua juventude que passou internado num manicômio.

**Após o filme, debate com Edson Lima**  
(Agitador cultural e coordenador do projeto "O Autor na Praça". Militante, simpaticante e colaborador da Luta Antimanicomial, é integrante do coletivo Gato Seco, criador do Prêmio Carrano.)

**Data:** 16/09/2014 (3ª feira)  
**Horário:** 18:30h  
**Local:** UNISO – Cidade Universitária (Bloco F – sala 313)

Com a proposta de uma sessão mensal de cinema, seguida de um debate aberto com a comunidade sobre temas de Luta e Saúde Mental, iniciou-se em agosto de 2014, o Cine Basaglia.

A atividade faz parte do projeto "Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial de Sorocaba" e homenageia o precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana, Franco Basaglia.

Em Trieste, Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, que, em 1973, foi creditada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial para a reformulação da assistência em Saúde Mental.

Realização:


Promoção da Coordenação de Saúde Mental, SES, Sorocaba, 2014



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**Contemporando:**

**A saúde no fio da história!**

*Não temos tempo de temer a morte  
É preciso estar atento e forte....*

O que viemos fazer aqui  
Na Casa de Osvaldo Cruz  
Senão ver e ouvir Temporão  
Recém ministro, falar com ele...

Parar e olhar  
Escutar, acima de tudo,  
Tomar o que parece pelo que de fato é:  
Sintonizar, contemporando...

O desafio de fazer  
Sujeito, o assujeitado  
Protegido, o vulnerado  
Sem prometer a salvação!

Agir para sermos dignos  
Daquilo com que um dia  
Todos nos comprometemos...  
Mas, que tempo ainda teremos?

O tempo chega  
O tempo não passa  
Sem dúvida não chega antes  
Tampouco chega depois!

Qual a tarefa agora  
Nesta hora derradeira  
Talvez a primeira  
De virar o jogo, sair da beira?

Entrar no coração  
No dizer de Arouca  
Do sistema e das pessoas...  
E isto não é coisa pouca!



Nunca houve  
Tanto consumo de bens  
Tanta produção de serviços  
E, sobretudo, tamanha insatisfação

Impossível, todavia  
Viver hoje sem isso tudo  
A vida não é só dom  
Ou simples dádiva natural

Acontece, porém  
Que saúde não é apenas  
Consumo de bens e serviços  
Mas condições e hábitos de vida

Nunca se morreu tanto  
Sem doença alguma, gente sadia,  
Adolescentes, adultos jovens na flor da idade  
Vão-se embora, antes que a vida lhes sorria...

Que realidade é essa  
Onde as máquinas dão a medida  
Mais importante que cuidar dos indivíduos  
Do que seja a complexidade de um sistema?

Como se fazer sujeito  
Quem sempre foi tutelado  
Consumidor de bens e serviços  
A mercê do sofrimento e da dor?

Dizer a que veio o SUS  
Como Política de Estado  
Um destino, mais que um plano,  
De saúde e felicidade!

Retomar, portanto  
Ou tomar pela primeira vez  
O que sempre se quis  
Mas nunca se fez pleno.

Tecer de novo, diuturnamente  
Uma verdadeira urdidura  
Tendo na vida um fim em si  
Que se consume sem ser consumida!

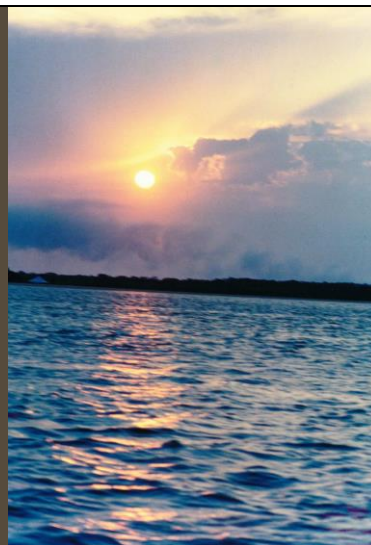
SUS - tentar, sem esmorecer  
Não olvidando a ode  
Do velho hino ao sanitarista  
Por mais antigo que possa parecer!

Enfim, como diz Agenor  
Cada um colocou seu grão de areia  
E o coração, nesta construção...  
Todos são indispensáveis.

Viva o SUS!

Ao Ministro José Gomes Temporão,

Armando Raggio  
Rio, 24/03/2007



**ANEXO D** – Dos bisavós Antonio Marcos e Ana Isabel aos netos Ligia, Rudá e 'Órion



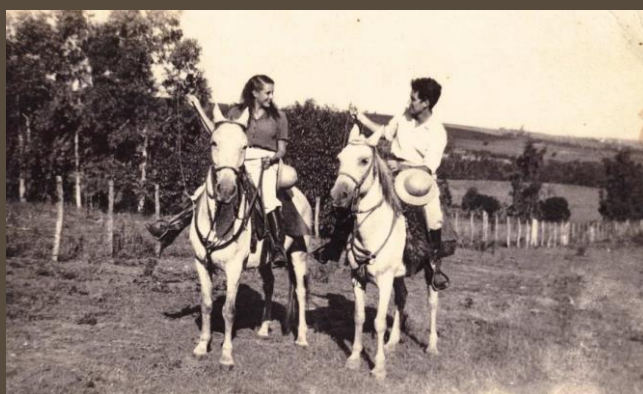
Antônio Marcos Dias de Castro, Coronel Ninica e sua família.  
Na cadeira, a caçula Ilza, nossa avó Ilza Castro Bardou!



O Sobrado, morada da família Dias de Castro.



O Sobrado restaurado por Neiva Bardou e José Afonso Pizarro



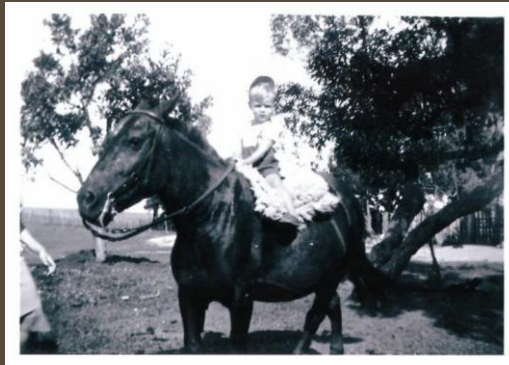
Os noivos Lygia e José Maria na Granja Ilza. Serrito – RS, 1945



Aos queridos Pais Armando e Ilza Bardou, uma lembrança dos filhos José Maria e Lygia. Pelotas, 11-5-1946



Lygia Castro Bardou, Lygia Bardou Raggio



Armando montando Guarani, Granja Ilza, 1950



Armando no alto da porteira.  
Fazenda S. J. do Lajeado, 1951



Armando e Vital Fogaça Balboni  
Ladeira da Memória, São Paulo, 1970



Nádia e Armando, os filhos Bruno, 15.01.77 e Felipe 30.12.78  
e as filhas Isabel, 26.08.80 e Ana, 07.10.89



Armando e Lygia, 1998



Felipe, Armando e Bruno, despedida da Secretaria de Saúde em 2002



Armando e Nathalie em Salvador, 2003



Isabel, Armando, Nathalie e Ana





Os irmãos Armando, Achiles e Antônio, o trio ARACAN, Natal de 2012



Marianne, Bruno e os filhos Rudá e Órion, Bonito - MS, 2015



Roberta e Felipe, Curitiba, 2015



Isabel e Rafael, Mafra-SC, 2016



Ana, André, seus gatos e seus surdos de percussão. Curitiba, 2015.



André, Ana, Isabel, Felipe, Roberta, Johnathann, Lígia, Madselva e Nádía.  
Aniversário da Ana, 07 de outubro de 2015



Os netos Rudá, Lígia e Órion, setembro de 2015

## ANEXO E – Referências do Glossário

Dicionário Histórico das Palavras Portuguesas de Origem Tupi, Antônio Geraldo da Cunha; prefácio-estudo de Antônio Houaiss, 5ª edição São Paulo: Companhia Melhoramentos; Brasília: Universidade de Brasília, 1999

Dicionário Houaiss Uol da Língua Portuguesa acessível aos assinantes Uol em <http://houaiss.uol.com.br/>

Dicionário Houaiss da língua portuguesa, OBJETIVA, Rio de Janeiro, 2001, *1ª Edição*

Dicionário Ilustrado do Tupi Guarani disponível em <http://www.dicionariotupiguarani.com.br/section/a/>

Topônimos tupi-guaranis no Brasil disponível em [https://pt.wikipedia.org/Top/%C3%B4nimos\\_tupi-guarani\\_no\\_Brasil](https://pt.wikipedia.org/Top/%C3%B4nimos_tupi-guarani_no_Brasil)

Dicionário de Tupi Guarani Unioeste disponível em <http://projetos.unioeste.br/projetos/cidadania/images/stories/ArquivosPDF/biblioteca/dicionario-de-tupi.pdf>

Mini dicionário tupi-guarani Povo de Aruanda disponível em <https://povodearuanda.wordpress.com/2007/12/03/mini-dicionario-tupi-guarani/>

Lista alfabética de municípios do estado de Minas Gerais disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%ADpios\\_de\\_Minas\\_Gerais](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_de_Minas_Gerais)

Lista alfabética dos municípios do estado do Pará disponível em [https://www.google.com.br/search?q=lista+alfab%C3%A9tica+dos+munic%C3%ADpios+do+par%C3%A1&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=UX2nVsq8DoLTmwHeipyACA](https://www.google.com.br/search?q=lista+alfab%C3%A9tica+dos+munic%C3%ADpios+do+par%C3%A1&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=UX2nVsq8DoLTmwHeipyACA)

Lista alfabética dos municípios do estado do Paraná disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%ADpios\\_do\\_Paran%C3%A1](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_do_Paran%C3%A1)

Lista alfabética dos municípios do estado de Pernambuco disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%ADpios\\_de\\_Pernambuco](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_de_Pernambuco)

Lista alfabética dos municípios do estado de Santa Catarina disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%ADpios\\_de\\_Santa\\_Catarina](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_de_Santa_Catarina)

Lista alfabética dos municípios do estado de São Paulo disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_alfab%C3%A9tica\\_dos\\_munic%C3%ADpios\\_de\\_S%C3%A3o\\_Paulo](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_alfab%C3%A9tica_dos_munic%C3%ADpios_de_S%C3%A3o_Paulo)

Lista alfabética dos municípios do estado do Rio Grande do Sul disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_munic%C3%ADpios\\_do\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Sul](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_do_Rio_Grande_do_Sul)

Navarro, Eduardo de Almeida Método moderno de tupi antigo: a língua do Brasil dos primeiros séculos, Petrópolis, RJ: Vozes, 1998

Sobre o Açungui, disponível em <http://www.sindimovec.com.br/potencial-hidreletrico-do-rio-acungui-e-debatido-na-tribuna-livre/>